

PERSONA, COMUNIDAD Y EL MEDICO: LOS EJES PRINCIPALES PARA UN CAMBIO EN EL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO.

Jorkaeef Loeza Sanchez

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA UNIDAD
XOCHIMILCO
DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA
MODELO DE ATENCION INTEGRAL CENTRADO EN LA
PERSONA
MATRICULA: 2163063770
PROMOCION: AGOSTO 2022 – JULIO 2023
ASESOR INTERNO: VICTOR RIOS CORTAZAR
ASESORA EXTERNA: ALEJANDRA GASCA GARCIA
FECHA DE ENTREGA: 01-08-2023

Contenido

PRESENTACION	3
El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP).....	3
El diplomado	4
Modulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades. Ensayo: Como identificar los atributos de un buen autogestor en las personas con múltiples enfermedades crónicas.....	5
Modulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados: “Barreras y motivaciones percibidas por las personas adultas con enfermedades crónicas sobre la actividad física”	9
Modulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.22	
Balance del desempeño clínico en el proyecto de las y los pasantes de la promoción agosto 2022.....	22
Acción comunitaria	32
Concepto y modelos de promoción de la salud.....	32
Encuentro de salud	33
Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.	35
Conclusiones	36
Referencias bibliográficas	37
Anexos.....	40

PRESENTACION

Con el fin de presentar evidencias sobre el trabajo realizado durante el periodo del servicio social en medicina agosto 2022- julio 2023 en el proyecto: Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto, en el presente documento se hará la descripción a que se refiere con el modelo expandido de cuidados crónicos, específicamente de la adecuación realizada en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco centrándonos en cada uno de los componentes que lo conforman y su relación. De igual forma se hará una descripción del diplomado del proyecto, como fue la participación en este y como era la dinámica de trabajo. Como parte de la acreditación de cada modulo del diplomado se realizo un ensayo y una revisión sistemática los cuales se presentarán en este documento de forma integra a modo de evidencia.

Además, se presentará un balance del desempeño clínico del proyecto en el centro de salud TIII Tulyehualco durante el periodo de agosto 2022- julio 2023. Uno de los temas pilares dentro del diplomado se tocaron temas sobre promoción de la salud y su importancia para el control de las enfermedades crónicas, motivado por esto se hará un análisis de como se aplicó la promoción de la salud para la organización de los encuentros de salud que se realizaron durante el año del servicio social.

Se comentarán los casos clínicos con un enfoque centrado en la persona que se presentaron como parte de uno de los módulos del diplomado y que derivaron en temas que enriquecieron aún más lo aprendido durante las sesiones.

Al final del documento se presentarán las conclusiones que se obtuvieron durante el año del servicio social y del proyecto, así como evidencia del material educativo elaborado para el centro de salud TIII Tulyehualco.

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

El modelo expandido de cuidado crónicos es un modelo innovador creado en Canadá, casualmente siendo este uno de los países que esta a la vanguardia en cuanto a temas de promoción de la salud nos referimos, con el fin de explicar 3 grandes componentes que son importantes para la atención de las personas con enfermedades crónicas.

El primer gran componente hace referencia a la relación del equipo de salud con el paciente presentando ciertos atributos que debe tener cada parte del binomio, por ejemplo, el equipo de salud tiene que estar altamente capacitado y proactivo en cuando a ofrecer una atención de calidad a los pacientes que acudan a cualquiera de los niveles de atención a la salud que hay en el país.

Pero también es importante reconocer que actualmente los pacientes deben tener ciertos atributos que sumados a los presentes en el equipo de salud propiciaría que las

interacciones entre ambos binomios resulten en una población saludable y clínicos funcionales, los atributos que deben de tener los pacientes son: activos y altamente informados. Traspolando este componente con lo realizado en el centro de salud TIII Tulyehualco, el equipo de salud conformado por el medico pasante, el asesor clínico y enfermera fue muy proactivo en cuanto a la relación con los pacientes, se buscaban formas de implementar cambios de hábitos en los pacientes por ejemplo mediante la creación de una rutina de ejercicio para que los pacientes del centro de salud pudieran participar y tomaron control de su salud. La creación de la rutina de ejercicio tuvo un buen sustento científico de acuerdo con la información proporcionado en curso y la aprendida de forma autodidacta.

Los otros dos componentes del modelo extendido son la comunidad y el sistema de salud, pero para poder hablar de ellos hay que pensar que la comunidad esta dentro del sistema de salud. En cuanto al sistema de salud se hace referencias al fortalecimiento de acciones comunitarias, la creación de entornos saludables y la generación de políticas publicas saludables. Se contempla que la comunidad esta dentro del sistema de salud porque la generación de una comunidad permite el desarrollo de sistema de información por la formación de una fuente de voz y voto que pueda ser escuchada hasta los oídos de las personas que se encargan de mover los hilos del país. en cuanto a lo realizado dentro del centro de salud, la generación de una comunidad ayudo de gran manera que los pacientes fueran más activos y participaran en el proyecto. Además, se planearon sesiones educativas los miércoles con el fin de que el paciente estuviera informado sobre temas que le fueran de su interés y se promovía en las sesiones la participación para saber si estaban comprendiendo los temas y que los pudieran aplicar a su vida cotidiana.

El diplomado

El diplomado del modelo de atención centrado en la persona consto de 4 módulos, el primer módulo con el nombre “Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedades crónicas. Enfoque de capacidades” tuvo como objetivo el que medico pasante desempeñara en su práctica clínica un enfoque en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas en las personas que acuden a recibir una atención medico con el fin de aumento el control sobre su enfermedad crónica y mejorar sus condiciones de vida. Las sesiones fueron impartidas por médicos pasantes con base en artículos previamente selecciones para que fueran expuestos en una sesión ya sea presencial o por Zoom. En cuanto a mi participación tuve la oportunidad de presentar un tema centrado al desarrollo de capacidades y el autocuidado, que consisten en estrategias para fortalecer aspectos en los pacientes como la resolución de problemas, se leían los artículos que se mandaran para las sesiones y se procuraba participar en cada una de las sesiones. Siendo una persona considerada como reservada esta fue una tarea difícil al inicio pero que fue mejorando conforme fueron pasando las sesiones a tal punto donde note que mis habilidades de comunicación fueron mejorando y por ende mi relación con los pacientes, pero fue más fácil entablar una relación de confianza.

El modulo 2 del modelo de atención centrada en la persona consistió en métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedades crónicas y el monitoreo de resultados, el cual tuvo como objetivo general el sustentar nuestra práctica clínica a partir de articular los procesos, recursos y resultados de la mejor evidencia científica disponible.

Para el modulo 3 se vio sobre la organización y la participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas, el cual tuvo como objetivo planear y acompañar procesos de organización, de participación social y construcción de entornos saludables en el que viven las personas con enfermedades crónicas.

Para el modulo 4 se presentaron casos clínicos que derivaron en otros temas que complementaron los visto a lo largo del diplomado. Acerca del módulo 4 se hará un comentario más adelante.

Modulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades. Ensayo: Como identificar los atributos de un buen autogestor en las personas con múltiples enfermedades crónicas.

Introducción

En este ensayo se hablará acerca del concepto de autogestión y se mencionaron que atributos lo definan para que sea más claro entender este concepto un poco controvertido y difícil de comprender. El objetivo de este ensayo es identificar herramientas que nos permitan identificar esos atributos en los pacientes que padecen múltiples enfermedades crónicas y conocimiento esta información crear planes de acción que permitan el desarrollo de estos atributos y hacer que los pacientes sean buenos autogestores de su salud. En relación con la autogestión, fue de particular interés en el modulo 1 del proyecto de atención centrado en la persona ya que he identificado que para algunas personas es difícil llevar su propio autocuidado de su salud, siendo este el principal motor que nos permitiría poder tener un mejor control no solo de sus condiciones, si no también de su salud viendo desde un modelo mas integral. Debió a esto nació la duda si existe alguna herramienta que nos permitan identificar las dificultades que tiene estas personas para poder llegar a ser más responsable y los principales participes de su salud para, de manera individualizada, crear actividades que le permitan superar estas dificultades.

Objetivos

- Identificar los atributos que debe poseer un buen autogestor.
- Proponer una herramienta que permita identificar los atributos de un buen autogestor

Objetivos específicos

- Definir que es la autogestión.
- Identificar cuáles son los atributos que definen a la autogestión.
- Identificar que herramientas se utilizan para identificar los atributos de un buen autogestor.
- Identificar una herramienta que permita conocer todos los atributos de un buen autogestor de manera genera

Justificación

El identificar herramientas que nos permitan identificar los atributos de la autogestión en pacientes con enfermedades crónicas múltiples nos permitirá realizar programas enfocados a los atributos que más dificultad le generan al paciente desarrollar y así individualizar a los pacientes de acuerdo con las necesidades que tengan para poder ser buenos autogestores de su salud.

Autogestión y sus atributos

Las enfermedades crónicas requieren que las personas vivan con las consecuencias emocionales, físicas y hacia sus actividades. Para poder hacer frente de esto las personas que viven en esta situación deben autogestionar su cuidado. La autogestión es una habilidad intrínseca controlada de un individuo activo, responsable, informado y autónomo que vive con estas consecuencias en colaboración con su red social y sus proveedores de salud (1). Para entender mejor el concepto de autogestión es necesario darle ciertos atributos que los podemos agrupar en 3 diferentes categorías: atributos orientados en la persona, atributos orientados en la persona y su entorno y atributos de resumen (1).

En el caso de los atributos orientados en la persona, uno de ellos sería que la persona que viven con enfermedades crónicas debe participar activamente en la creación y gestión de las soluciones de atención médica para sus problemas, una persona que es pasiva por ejemplo solo estaría sentado esperando las indicaciones del médico sin reclamar o hacer algún comentario. Otro atributo importante que se puede identificar en esta categoría es que la persona debe asumir la responsabilidad de su cuidado independientemente de que exista o no una red de apoyo. Ellos son la parte más importante del régimen de su autocuidado día a día.

El tercer atributo orientado en la persona habla sobre mantener una actitud positiva frente a la adversidad, aquellas personas que no creen en su enfermedad tienen más dificultades para autocontrolarse. El tener la capacidad de cuidar de sí mismo para mantenerse saludable e independiente haría más fácil mantener esa actitud positiva y de responsabilidad ante la adversidad. Esto permite que las personas tomen decisiones independientes sobre sus necesidades de salud, como recibir tratamiento o ayuda de otros.

En el caso de los atributos que se enfoca en la persona y su entorno, uno de ellos es que las personas con enfermedades crónicas deben estar informadas de su enfermedad, su condición de salud

refiriéndose por ejemplo de la presencia de complicaciones y su tratamiento, en pocas palabras, se necesita entender su propio cuerpo para poder manejar su salud de manera efectiva, proporcionar esta información ayuda a las personas a acceder a recursos y apoyo profesional.

Otro atributo que debe contemplarse es que las necesidades, prioridades y valores individuales de la persona deben expresarse para poder autogestionarse. Al identificar estos problemas y preocupaciones se pueden organizar esfuerzos para resolverlos. Dado que este proceso implica priorizar cuestiones personales, los pacientes necesitan expresarse voluntariamente. Al traer sus preocupaciones personales al frente, los pacientes se comprometen con el autocuidado.

Para que ocurra una buena autogestión debe de haber una apertura mutua entre el personal de salud y las personas con enfermedades crónicas, esto permitiendo el intercambio de información. Este intercambio debe de realizarse mediante una atención colaborativa donde el medico es el experto de la enfermedad y el paciente experto de sus vidas. Para esto se requiere que cada parte esté abierta a recibir comentarios positivos de la otra parte. Los pacientes deben informar cualquier cambio en su estado de salud por lo que son necesarias estrategias de comunicación que permitan una adecuada interacción.

La autogestión requiere apertura al apoyo social. La persona que vive con una enfermedad crónica es responsable de su salud, pero es importante por ejemplo que su familia mantenga un ambiente positivo para el cuidado de la salud. Por es necesario construir relaciones sólidas con la comunidad social de uno. Este atributo lo podemos relacionar con el siguiente, donde el autocuidado de las enfermedades crónicas debe de realizarse por el resto de su vida. Deben aprender a lidiar con sus síntomas, las consecuencias emocionales de sus enfermedades y como afectan a sus actividades diarias durante toda su vida.

Para que las personas que viven con una enfermedad crónica pueden autogestionarse de una manera adecuada deben tener desarrolladas ciertas habilidades personales, una de ellas es identificar cuáles son los problemas que no le permiten alcanzar un buen autocontrol de su padecimiento por ejemplo y tratar con ellos, considerando todas las posibles soluciones antes de implementar cualquiera de ellas y evaluar el resultado de estos.

Otra de las habilidades que debe poseer una buen autogestor es la capacidad de tomar decisiones informadas, el paciente y su médico deben trabajar juntos para lograr una toma de decisiones compartida

La recopilación de información requiere conocer los recursos apropiados. Esto se relaciona con la tendencia educativa de un paciente informado para encontrar soluciones al problema. Trabajando juntos, establecen objetivos a corto plazo y crean un plan para alcanzarlos. Una vez alcanzados los objetivos, tanto el paciente como el médico evalúan sus logros y las necesidades básicas de la persona que vive con enfermedades crónicas.

El ultimo atributo que se debe de tomar en cuenta de un buen autogestor es su autocontrol en los dominios médicos, emocionales y de roles. Al dividir la autogestión en tres dominios específicos: gestión médica, gestión de roles y gestión emocional. La gestión médica requiere hacer cambios en el estilo de vida, como cumplir con un programa de toma de medicamentos. También son necesarias la organización y la planificación de tareas complejas o técnicas como por ejemplo realizar una diálisis en aquellos pacientes con enfermedad renal crónica. Otras responsabilidades clave incluyen el cumplimiento y la reducción de los factores de riesgo, así como autocontrol y manejos de los

síntomas donde además se involucran los pensamientos, sentimientos y funciones corporales del individuo. Las personas pueden ayudar a los proveedores de atención a controlar estos síntomas a través de la prevención y la intervención.

Las enfermedades crónicas interfieren significativamente con las actividades diarias de las personas que las padecen. En la gestión de roles se necesita coordinar y planificar la realización de estas actividades para mantenerse como un paciente autogestionado. Para esto se necesita modificar, mantener o crear nuevos comportamientos para controlar la enfermedad y sus efectos asociados. Un buen autogestor además determina cuales son los aspectos más importantes de su rol que no debe perder y cuales debería cambiar para poder realizar sus actividades diarias como las realizaba antes de conocer su condición o ser diagnosticado con una enfermedad crónica.

Una enfermedad crónica puede tener una gran influencia en la forma en que un paciente maneja sus emociones. Esto incluye el estrés, la depresión o la ira. Las personas con capacidad de gestión emocional son capaces de ver las razones detrás de sus identidades y objetivos en la vida. Incluso pueden encontrar formas de manejar sus emociones que les ayuden con el manejo médico.

Esos son los atributos que definiría a un paciente que tiene una buena autogestión de su salud, pero como podemos saber si cada uno de los atributos se encuentran en una persona en particular, para eso son necesarios instrumentos que puedan ayudarnos a identificar los atributos de cada persona. Hay instrumentos para cada atributo como por ejemplo la escala de autodefensa del paciente que nos permite medir la participación del paciente en la toma de decisiones clínicas. En la tabla 1 se hace un resumen de todos los atributos antes mencionado y sus respectivas herramientas de evaluación. Y así para cada atributo, pero es necesario una sola herramienta que nos permita evaluar todos los atributos antes mencionados, esa herramienta puede ser el inventario de automanejo de condiciones crónicas informado por el paciente (o PRISM-CC por sus siglas en ingles)

Inventario de automanejo de condiciones crónicas informado por el paciente (PRISM-CC)

Existen herramientas para evaluar la autogestión de las personas y de las condiciones crónicas, pero estas no expresan y no permiten identificar cuáles son las dificultades que atraviesan para poder acceder a programas que les permiten desarrollar su sentido de autogestión. Esta escala evalúa cuales son las necesidades percibidas por las personas en el manejo de sus condiciones crónicas. además de que no se cuentan con escalas estandarizadas para medir sus efectos de las enfermedades crónicas en la vida diaria. Si las hubiera, sería posible estandarizar a todos los pacientes independientemente de la condición específica que padezcan o en casos más comunes en aquellos pacientes que viven con múltiples enfermedades crónicas.

Las medidas de autocuidado a menudo consideran solo aspectos específicos del cuidado personal. No tienen en cuenta lo que se necesita para apoyar a los pacientes y dan una puntuación única para cada área de autocuidado.

El objetivo principal de esta escala es brindar apoyo para la autogestión de enfermedades crónicas, incluyendo actualizaciones de programas, planes de investigación y evaluación de programas.

Para obtener una mejor comprensión de la autogestión de un paciente, esta herramienta permite calificar su éxito o dificultad con cada dominio de la autogestión. La información obtenida puede utilizarse para determinar las intervenciones de apoyo adecuadas para los pacientes con sus dificultades. Una vez que se determina una calificación, se pueden usar herramientas específicas para remediar y mejorar la autogestión.

Los dominios que informa esta escala son el de recursos, proceso, actividad, interacción social, comportamiento saludable y control de enfermedades y son evaluado mediante ítems (tabla 2).

Este inventario permite un enfoque centrado en el paciente y le permite identificar sus áreas de dificultad, el hacer evidente estas dificultades es más probable que los pacientes participen en las intervenciones para combatir estas dificultades.

Permitiría facilitar intervenciones personalizadas, por ejemplo, una persona que tiene dificultades para la resolución de problemas, el uso de recursos o la toma de decisiones, pero no tiene ninguna dificultad para realizar una rutina de ejercicio o tener comportamientos saludables, necesita un apoyo diferente al de una persona con múltiples afecciones y movilidad limitada quien tiene más dificultad en los dominios de actividades e interacción social.

Usando el PRISM-CC para identificar áreas de preocupación del paciente junto con una evaluación clínica hábil, se pueden ofrecer intervenciones personalizadas y hacer las referencias apropiadas

Conclusión

Para poder definir el concepto de autogestión debemos identificar ciertos atributos en las personas que padezcan enfermedades crónicas, estos atributos van desde la participación del paciente en el proceso de atención, hasta que el paciente tenga ciertas capacidades individuales como la resolución de problemas o la toma de decisiones informadas.

El inventario de automanejo de condiciones crónicas informado por el paciente puede ser una buena herramienta que nos permita identificar estos atributos de manera completa, además que pueden aplicarse en el contexto de pacientes con múltiples enfermedades crónicas. Conociendo los atributos que le generan cierta dificultad se pueden elaborar planes de acción individualizada para cada persona y ayudarlos en ser mejores autogestionando su salud.

Modulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados: “Barreras y motivaciones percibidas por las personas adultas con enfermedades crónicas sobre la actividad física”

INTRODUCCIÓN

Es un hecho bien sabido por todo el gremio que se dedica a la atención de la salud que la actividad física y el ejercicio es una parte fundamental para el control de todos los padecimientos crónicos, esto debido a todos los efectos físicos que este produce y la sensación de bienestar general que provoca, pero también es un hecho que son muy pocas personas adultas que padecen alguna enfermedad crónica y que realizan actividad física. De acuerdo a las encuestas ENSANUT solo 1 tercera parte de la población hace ejercicio, siendo la mayor cantidad en los adolescente y la menor cantidad en adultos y adultos mayores, aunado a esto la base de datos de pacientes con enfermedades crónicas de la secretaría de salud nos indica que solo un 11% de los registrados tienen un Índice de Masa Corporal menor de 30 kg/m². El presente trabajo se realizó con el fin de poder determinar y definir cuales son las principales razones, ya sea barreras o facilitadores, por las que las personas logran o no adherirse a las indicaciones de ejercicio, centrándonos principalmente en variables cualitativas que nos ayudarán

a comprender mejor a la población y poder realizar acciones de intervención adecuadas para mejorar la calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL

- El objetivo de esta revisión sistemática es determinar cuales son la barreras y los factores motivacionales que modifican la adherencia a la actividad física

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Definir las barreras para la adherencia de mayor importancia
- Definir los principales factores motivacionales para perdurar en la actividad física
- Idear planes de entrenamiento individualizado que mejoren la adherencia a la actividad física
- Definir estrategias para vencer los obstáculos (barreras)
- Determinar cuál es el grupo de edad más afectado después de los 50 años

JUSTIFICACIÓN

La gran mayoría de los trabajadores de la salud que atiende a personas con enfermedades crónicas no transmisibles sabe que la disminución de grasa corporal, una dieta adecuada y la actividad física son los pilares fundamentales del tratamiento. A pesar de los esfuerzos de lograr establecer buenos planes de tratamiento no farmacológico las personas muy habitualmente abandonan la actividad física como parte de su tratamiento a pesar de solo ser 30 minutos al día 5 días de la semana por lo cual no logran mejorar su salud, en las ENSANUT 2020 en el apartado “Componentes COVID 19” se nos indica que en ese momento solo un 31.8% de la población encuestada mayor de 10 años realiza actividad física en el día mostrando un abandono de la actividad conforme la población aumenta de edad, los adolescentes de 15 a 19 años el 40.8%, los adolescentes de 10 a 14 años 37.8% y los adultos mayores de 20 años 29.9%, todo esto nivel nacional.

Ya está ampliamente estudiado los beneficios de realizar ejercicio físico donde podemos resaltar la reducción de glucosa en sangre, disminución de la presión arterial, control de la resistencia a la insulina, mejor salud mental entre otros. Teniendo esto en mente estamos de acuerdo que la reducción del peso corporal está muy ligada a la aparición o el control de las enfermedades crónicas. En la jurisdicción de Xochimilco. De aproximadamente 600 pacientes que acuden a consulta de manera constante sólo un 11% tienen un índice de masa corporal por debajo de 30 kg/m² (Sistema de Información en Enfermedades Crónicas).

Centrándonos en el ejercicio físico, de acuerdo a las características de nuestra población son muy pocos los pacientes que se pueden adaptar a un plan de entrenamiento físico y que tienen buenos resultados para el control de sus enfermedades crónicas.

Una de las principales causas de la ineficacia de los planes de entrenamiento para los adultos mayores es su poco apego a estos. Son muchos los factores que pueden estar ligados a la poca adherencia al ejercicio físico siendo algunos de estos la edad, antecedente de artrosis, la motivación para realizarlo, los espacios para realizar ejercicio, por mencionar algunos.

La motivación es necesaria para que las personas con enfermedades crónicas no transmisibles tengan un buen apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico en general y está ligado a las necesidades, metas y capacidades de la persona.

El objetivo sería mantener la motivación de la persona desde la primera vez que inicia el plan de entrenamiento físico hasta que logra crear un hábito.

Por este motivo, necesitamos comprender cuales son las dificultades que tienen las personas para alcanzar los objetivos del plan de entrenamiento físico. Si estas áreas no se abordan mientras se recomienda o se implementa la intervención, existe una baja probabilidad de que ocurra un cambio de comportamiento y, si ocurre inicialmente, es probable que no se mantenga en el tiempo. (poner cita)

¿Qué problema ocurre?

Dentro de las medidas para tener un mejor control de sus enfermedades crónicas, a las personas se les recomienda tener una reducción del peso corporal de 5% del parámetro basal, pese a las recomendaciones que se les ofrecen a los pacientes, son muy pocos los que han logrado una reducción de peso significativa, esto ligado a la adherencia al plan de entrenamiento físico.

¿Dónde ocurre?

En los centros de salud de la jurisdicción de Xochimilco

A quien le ocurre?

A las personas adultas mayores con diagnóstico de al menos una enfermedad crónica no transmisible (Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Obesidad)

¿Cómo ocurre?

En la consulta, las personas con enfermedades crónicas no transmisibles tienen un buen apego al tratamiento farmacológico, algunas han logrado adaptar su alimentación de acuerdo a las recomendaciones dadas por parte del personal de salud, pero son muy pocos los que han logrado comenzar a realizar ejercicio físico y si lo iniciaron son pocos los que se han mantenido haciéndolo con el objetivo de mantener en control sus enfermedades y principalmente sentir que tiene una buena salud.

PREGUNTA

En adultos mayores de 40 años con enfermedades crónicas no transmisibles ¿cuales son las barreras y cuales son los factores motivacionales percibidos por las personas para el abandono o continuación de la actividad física?

P	Adultos mayores de 40 años con enfermedades crónicas no transmisibles
I	Barreras y factores motivacionales percibidos
C	Ausencia de barreras y de factores motivacionales
O	Disminución y persistencia de la adherencia a la actividad física

PALABRAS CLAVE

Se emplearon los siguientes términos clave tanto en inglés como en español para la obtención de resultados

Adultos	Adults
---------	--------

Enfermedades crónicas no transmisibles	Chronic non-communicable diseases
Barreras	Barriers
Motivación	Motivation
Ejercicio	Exercise
Actividad Física	Physical Activity
Factores	Factors
Percepción	Perception
Adherencia	Patient Compliance, Therapeutic adherence and compliance
Diabetes	Diabetes
Hipertensión	Hypertension
Obesidad	Obesity

TIPOS DE REPORTES DE INVESTIGACIÓN A RECUPERAR

- Revisiones sistemáticas con y sin Metaanálisis
- Ensayos clínicos aleatorizados
- Estudios Cualitativos

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Población de personas adultas mayores de 40 años
- Con diagnóstico de 1 o más enfermedades crónicas no transmisibles
- Artículos tipo revisión sistemática, ensayos clínicos aleatorizados e investigación cualitativa
- Resultados enfocados a la adherencia a la actividad física
- Artículos en idioma inglés y español

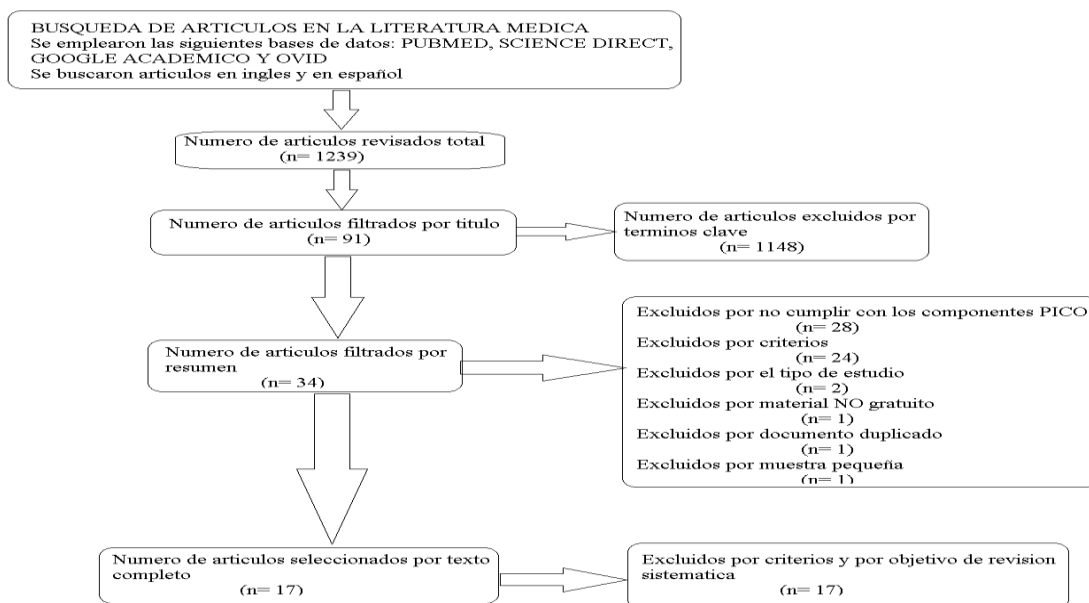
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Población de niños y adolescente
- Pacientes sin diagnóstico de enfermedades musculoesqueléticas que impidan totalmente la movilidad
- Personas que no cursan con complicaciones de las enfermedades crónicas
- Personas sin discapacidad física

EJECUCIÓN

Se realizó una búsqueda documental en las siguientes bases de datos: PubMed, Google Académico, OVID y Science Direct utilizando las palabras clave descritas en el cuadro correspondiente tanto en inglés como en español usando los operadores booleanos “AND” y “OR” obteniendo como resultado un total de 1239 artículos los cuales fueron revisados y seleccionado en el primer filtro solo de acuerdo el titulo un total de 91 artículos, posteriormente se realizó otro filtrado a través de los resúmenes de cada documento dando un total de 34 artículos seleccionados y excluyendo un total de 57 artículos según los criterios de inclusión/exclusión, pregunta PICO, tipo de estudio, número de muestra, duplicado y material no gratuito. Nuevamente se realizó un filtro esta vez con lectura del documento completo seleccionado un total de 17 artículos con los cuales se realizó para presente revisión sistemática y se excluyeron 17 debido a criterios de inclusión/ exclusión y no ajustarse al objetivo del presente trabajo. Se llevó a cabo una revisión de pares entre los autores sobre los 17 artículos seleccionados para definir si todos eran pertinentes para este documento, dentro de dicha revisión no se excluyó algún otro artículo.

SÍNTESIS DE DATOS



Existen 2 herramientas tipo Test que nos permiten evaluar las barreras y las motivaciones para que las personas realicen actividad física: el Autoforma de motivaciones para la práctica de actividad física (AMPEF) que cuenta con 48 ítems distribuidos en 11 factores y el Autoforma de barreras para la práctica de actividad física (ABPEF) que consta de 17 enunciados distribuidos en 4 factores.(1)

En el estudio de Guevara Sanchez D. A. se encontró que hay una relación fuerte entre la barreras comparadas con el nivel de actividad física que realizan las personas siendo los principales falta de tiempo, cansancio o fatiga constante, dolor muscular después de ejercicio, tener demasiado trabajo y no tener voluntad para hacerlo, a diferencia en cuanto a las motivaciones no se encontró una relación fuerte o directa con el nivel adherencia a la actividad física.(1)

En el estudio Forechi L. et. al. en donde se analizó una base de datos de un estudio acerca de las determinantes de las enfermedades crónicas que incluyen dislipidemia, hipertensión y diabetes llamado ELSA brasil, se seleccionaron 14,521 participantes, se analizaron 4 variables: características demográficas, condiciones socioeconómicas, estado de salud percibido y acceso para realizar actividad física en el barrio de residencia, que a su vez contaban con subcategorías, analizando estas variables se encontró que las características demográficas tenían escasa o nula influencia en la adherencia a la actividad física, en cuanto al nivel socioeconómico las subcategorías de nivel de estudios e ingreso económico estaba relacionado con una mayor adherencia, por el lado del estado

de salud percibido las personas que tienen una autopercepción mala de su salud, los problemas articulares y un nivel de masa corporal alto se definieron como barreras importantes, y para finalizar el acceso a instalaciones adecuadas se mostró como un motivador para realizar actividad física.(2)

En el estudio de Lawton J. de tipo cualitativo en donde se realizaron entrevistas a profundidad de 1 hora de duración a 32 personas de origen Indio y Pakistani se encontraron las siguientes barreras para el aumento y perseverancia de la actividad física: Falta de tiempo, miedo y vergüenza, condiciones climáticas, percepciones y experiencias de la enfermedad y metas a corto plazo. En cada una de las categorías se agrego un fragmento de la entrevista realizada a algunas de las personas con el fin de aclarar a que hacía referencia cada una, con el fin de entender la complejidad de las razones, como punto extra se menciona que las mujeres están en mayor riesgo de no adherencia a la actividad física que los hombres. (3)

En la revisión sistemática realizada por Villafranca Cartagena M., et. al. se evaluaron un total de 18 artículos con el fin de definir cuáles eran las barreras y facilitadores para realizar actividad física en personas con DM2, dicha revisión evaluó los documentos y determinó los resultados en 6 categorías. La primera que fue características sociodemograficas se encontró que las mujeres y las personas mayores al igual que los obesos tenían menor probabilidad de realizar actividad física considerando estas barreras, la siguiente fue el componente personal se identificaron como barreras el sentimiento de obligación, la presión interna, incomodidad y culpa que limitan el apego por su parte dentro de las motivaciones se encontraron el autoestima, el disfrute y la sensación de desafío, en cuanto al tercer punto el componente de motivación se refiere al propio termino motivación como un facilitador, si no existe el deseo de hacerlo muy difícilmente será constante la actividad física, el componente social marca como punto importante la red de apoyo de cada persona ya que influye directamente en el autocuidado de la misma, entre mayor apoyo es mejor el apego y viceversa, dentro del componente mental solo se identifico la depresión como barrera tanto para la actividad física como para el tratamiento completo de la DM2, en el componente clínico se identifico como principales barreras física la fatiga y el dolor muscular y articular, por último el componente de autoeficacia se identifico como una facilitador ya que lo define como la confianza que tiene una persona para llevar a cabo un comportamiento específico.(4)

Dentro de la revisión sistemática que presenta Ige-Elegbede, J., et. al. en donde se analizaron un número total de 10 artículos con enfoque en grupos minoritario étnicos de adultos mayores de 50 años aborda 6 categorías potenciales como barreras y facilitadores, a pesar de no mencionar de manera explícita que padezcan algún enfermedad hacen alusión a que padecen algún tipo de padecimiento crónico: la primer categoría denominada “conciencia de los vínculos entre actividad física y la salud” en donde se explicaba distintas razones siendo la que más coincide como facilitador la pérdida de peso sobre todo en pacientes que tienen la conciencia de los beneficios, en el apartado de “religión y fatalismo religioso” fue identificado tanto como barrera así como facilitador de acuerdo al enfoque de la religión que se hable, la categoría “interacción y compromiso con los profesionales de la salud” se expresó como una barrera para la actividad física ya que se especifica que en muchas ocasiones dan información ambigua o confusa acerca de cómo llevarla a cabo, la siguiente categoría “expectativas culturales y responsabilidades sociales” se explicó como una barrera ya que muchas mujeres eran percibidas como desatendidas de los deberes familiares al realizar ejercicio y culturalmente no propio, “desafíos prácticos” en este punto se identifico como barrera la falta de tiempo por responsabilidades laborales y hogareñas y en el último apartado de “ambiente adecuado para la actividad física” se identifico como barrera la falta de espacios culturalmente adecuados para la actividad física.(5)

En la revisión sistemática de Farrance, C., et. al. en donde se seleccionaron un total de 10 artículos y se realizó un análisis cuantitativo y uno cualitativo en donde se determinaron 6 puntos de importancia: conexión social, percepción de beneficios, comportamiento de instructores, diseño del programa, empoderamiento y efectos energizantes y por último comportamiento individual. De los puntos mencionados se encontró que cada uno funciona como facilitador y motivador, considerando el sentimiento de pertenencia a un grupo, los beneficios a corto y largo plazo, la actitud y empatía de los

entrenadores, la estructuración del programa de ejercicio, la sensación de mejoramiento en general y el cambio de percepción, todos estos puntos juntos funcionan potenciados entre sí.(6)

De acuerdo con los resultados expuestos por Collado-Mateo D. et. al. En su revisión sistemática son 14 los factores importantes que interaccionan con la adherencia al ejercicio. De acuerdo con el diseño de la intervención del ejercicio donde sería importante personalización de las actividades para que los participantes tengan una mejor adherencia el ejercicio físico, así como también el programa debe tener un buen sustento científico, generando más confianza a los participantes. El otro punto importante relacionado con el diseño de la intervención es su duración, si se mantiene el mismo programa de ejercicio por un tiempo prolongado, sería más común que los participantes abandonen por la falta de variedad en el programa de ejercicio. En este sentido, el individualizar el ejercicio en términos de intensidad, duración, frecuencia e intereses y como respuesta a las demandas fisiológicas de los participantes, siendo importante para la adherencia al programa. En cuanto a la duración de la intervención, se observó que las intervenciones largas tenían una menor adherencia, se deben crear estrategias para escapar de la rutina y evitar intervenciones aburridas. Además de que si las sesiones están muy espaciadas por ejemplo una sesión a la semana hay menor adherencia al programa de ejercicio porque genera dudas en cuanto a la eficacia del programa, un contacto menos frecuente con el personal o sentirse insatisfechos con la frecuencia del ejercicio. (7,8,16,17) Algo importante para el diseño de las intervenciones es el asesoramiento con un equipo multidisciplinario para reforzar la adherencia de los participantes, pero hay que tener la cuenta que puede aumentar el costo del programa que no puede ser accesible para los participantes de bajos recursos o muchos usuarios son renuentes en gastar mucho dinero es este tipo de cosas. Dentro de este asesoramiento se debe incluir la supervisión de los participantes al momento de realizar los ejercicios del programa, apoyando a los participantes en mejorar la calidad de la ejecución de los ejercicios y disminuyendo el riesgo de lesiones (7,16).

También se habla del uso de la tecnología en las intervenciones, donde se vio su utilidad en el aspecto de poder monitorizar la actividad física de los participantes como por ejemplo su frecuencia, la duración en tiempo del programa de ejercicio o marcadores de pasos (7,8). Hay que tener en cuenta a la población a la que esté dirigida el programa de ejercicio con el uso de tecnología, porque los adultos mayores por ejemplo pueden ser menos propensos a utilizar estos programas de entrenamiento que los incluyen.

Antes de iniciar con el programa de entrenamiento, es importante la evaluación de las características, barreras o facilitadores de cada uno de los participantes. El conocer por ejemplo los hábitos previos del participante o su estado de salud puede ser importante para predecir la adherencia al programa de entrenamiento (7,11). Se puede aprovechar de aquellos acontecimientos en donde los participantes pasaron por una experiencia que tomaron como una "llamada de atención" donde se crean oportunidades para cambiar hábitos pocos saludables, estas "llamadas de atención" pueden ser por ejemplo una complicación aguda de una enfermedad crónica. También hay que tomar en cuenta que puede haber una menor adherencia en los participantes que viven en hogares empobrecidos o con una tasa de arrestos por delitos violentos en el barrio (7,9,).

Cuando los participantes son conscientes de los beneficios del ejercicio tienen más probabilidades de adherirse al ejercicio, por eso es importante hacer tareas de divulgación, promoción para aquellas personas que no las conocen estos beneficios (7,16).

Dentro de los aspectos más importantes para la adherencia al ejercicio físico es importante que el participante del programa de ejercicio disfrute de hacerlo, si las recompensas son inmediatas puede generar que el participante persista en realizar el ejercicio trayendo consigo beneficios a largo plazo,

como en las etapas de cambio, el objetivo del plan de entrenamiento es llegar a la acción y generar su mantenimiento (7,11). Para que los participantes disfruten una actividad deben satisfacerse las necesidades psicológicas básicas de competencia, relación y autonomía. Por lo tanto, una valoración personal es necesaria para conocer cómo interpretan los participantes las consecuencias propias del ejercicio, por ejemplo, el aumento de la frecuencia cardiaca al momento de caminar o el dolor en las articulaciones aumentar la intensidad del ejercicio puede generar una sensación desagradable o no (7,12,14). Además del aspecto fisiológicos, hay que tomar en cuenta como reacciones emocionalmente al programa de entrenamiento, refiriéndose por ejemplo a la sensación de vergüenza que puede sentir un paciente obeso por su apariencia la hacer ejercicio.

Algo que puede aumentar la adherencia al ejercicio físico es su integración a la vida diaria refiriéndose a su accesibilidad y disposición de horario, esto con el objetivo de generar un hábito. Por ejemplo, el realizar el programa de ejercicio en casa sería más fácil para los participantes porque se dejan de lado barreras como el clima o la falta de transporte para llegar al lugar donde se realice el ejercicio. (7,15) También hay que tomar en cuenta el tamaño de las áreas verdes comunitarias debido a que se asocian positivamente a la adherencia al ejercicio (9).

Dentro de la motivación, para continuar con el ejercicio es importante el apoyo que se recibe por parte del personal encargado del programa de ejercicio o los demás, así como de su red de apoyo familiar. Un ejemplo puede ser lo que refleja en su estudio Orzech KM. Et. al donde los participantes latinos relacionan el caminar como una actividad familiar y las caminatas en grupo motivaron el hacer ejercicio (12). El generar un ambiente donde los participantes se sientan cómodos y en forma de grupos homogéneos puede generar relaciones positivas que aumentaran la adhesión al ejercicio (7,9,15) o en otros casos los ambientes generados por la participación vecinal (13). De igual forma, si los participantes tienen a su cargo el cuidado de familiares será menor su adherencia al ejercicio si no cuenta con una buena red de apoyo o en el caso particular con los hombres el tener un empleo desgastante (7,9, 10,12,14,15).

Como parte de estos programas de entrenamiento debe de haber una comunicación regular entre los supervisores y los participantes para aumentar la adherencia al ejercicio y su cantidad a corto y largo plazo. Esta comunicación se puede dar de múltiples maneras por ejemplo mediante llamadas telefónicas o visitas domiciliarias. En esta comunicación, la retroalimentación positiva y el refuerzo son importantes para potenciar la motivación del participante (7,15).

El permitir que el participante sea consciente de su progreso es importante para la adherencia al ejercicio, pero esto debe enfocarse en múltiples variables como por ejemplo su rendimiento al subir escaleras, al levantarse de una silla, cualquier actividad de la vida diaria que anteriormente le causaba cierta complicación realizarla. Hay que tener cuidado de no basar estos avances a una sola variable, preferente no relacionada con la pérdida de peso (7).

El término autoeficacia hace referencia a la creencia de los individuos en su propia capacidad para emprender una tarea específica y alcanzar la meta deseada. (7,10) Esto es principalmente importante para aquellos pacientes con enfermedades crónicas porque llegan a pensar que ya no tiene el control sobre su salud (7,17). Por eso es importante explicar cualquier duda que tenga el paciente para aumentar su autoeficacia y disminuir su frustración. Otra forma de disminuir la frustración de los participantes es realizar ejercicios graduados con el objetivo de que los participantes se vayan acostumbrando al ejercicio o el caso de un trastorno musculoesquelético, dirigir los ejercicios a los músculos más débiles y áreas dolorosas y volverlos más desafiantes conforme adquiera más condición (7,9,11,15).

El que los participantes estén involucrados en el programa de ejercicio con un papel activo aumenta su adherencia al ejercicio. El empoderar a los participantes con herramientas necesarias para continuar haciendo ejercicio a largo plazo aún concluido el programa de entrenamiento debe de ser un factor que deberían de tomar en cuenta las futuras investigaciones (7).

Dentro de los programas de entrenamiento, el personal encargado y los participantes deben ponerse de acuerdo para establecer metas alcanzables con el fin de evitar la frustración y aumentar la adherencia al ejercicio. Las metas deben tener ciertas características como por ejemplo que sea medible, específica, realistas, programadas y que pueda ser valorable a lo largo del tiempo (7,8).

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIÓN						
Balance de Consecuencias	Las consecuencias indeseables superan claramente las consecuencias deseadas en la mayoría de escenarios	Las consecuencias indeseables probablemente superen las consecuencias deseadas en la mayoría de los escenarios	El balance entre consecuencias deseadas e indeseables está equilibrado	Las consecuencias deseadas probablemente superen las consecuencias indeseables en la mayoría de los escenarios	Las consecuencias deseadas superan claramente las consecuencias indeseables en la mayoría de los escenarios	
				X		
Tipo de Recomendación	Recomendamos NO ofrecer esta opción	Sugerimos NO ofrecer esta opción	Sugerimos ofrecer esta opción	Recomendamos ofrecer esta opción		
				X		
Recomendación	El equipo de trabajo recomienda fortalecer la instauración de actividad física y ejercicio en mujeres adultas con enfermedades crónicas teniendo un seguimiento más estricto en este apartado del tratamiento integral.					
Justificación	Se observó que dentro de los estudios realizados en donde se hacía la distinción por sexo, el grupo de mujeres mostró un mayor riesgo de no seguir las indicaciones sobre la actividad física y el ejercicio en comparación con los hombres y en consecuencia disminución del apego a esta medida de tratamiento para las enfermedades crónicas.					
Consideración de Subgrupos	Esta recomendación puede no ser apta especialmente en grupos étnicos minoritarios en quienes los aspectos culturales se identifican como una gran					

	barrera para la adherencia a la actividad física y en grupos religiosos que tengan opiniones negativas sobre la actividad física en mujeres.
Consideraciones de implementación	Algunas personas parte del personal de salud podrían ver inadecuado hacer mayor énfasis en la atención de actividad física en mujeres. Posiblemente hacer una sensibilización verbal acerca de este problema mejore las dificultades en la implementación.
Monitorización y evaluación	Tener un seguimiento mas estrecho sobre el sexo femenino e insistir en preguntar sobre el progreso en al actividad fisica en cada consulta.
Prioridades para la investigación	Realizar investigación sobre actividad física con enfoque en la división sexual.

RECOMENDACIÓN						
Balance de Consecuencias	Las consecuencias indeseables superan claramente las consecuencias deseadas en la mayoría de escenarios	Las consecuencias indeseables probablemente superen las consecuencias deseadas en la mayoría de los escenarios	El balance entre consecuencias deseables e indeseables está equilibrado	Las consecuencias deseables probablemente superen las consecuencias indeseables en la mayoría de los escenarios	Las consecuencias deseables superan claramente las consecuencias indeseables en la mayoría de los escenarios	
	X					
Tipo de Recomendación	Recomendamos NO ofrecer esta opción	Sugerimos NO ofrecer esta opción	Sugerimos ofrecer esta opción	Recomendamos ofrecer esta opción		
	X					
Recomendación	El equipo de trabajo recomienda indicar la actividad física por los menos 150 minutos por semana sin incluir un plan de ejercicio personalizado con consideraciones específicas para las características de cada persona.					
Justificación	Se mostró en un artículo que la actividad física que incluía la presencia de un preparador físico dentro de la actividad física que además considere las limitaciones de cada persona mejoró la satisfacción de la actividad y la adherencia al mismo. Por otro lado en otro artículo se encontró que una					

	recomendación de actividad física por un médico de manera sencilla sin explicar los beneficios y la manera de hacerlo disminuye considerablemente el apego a esta medida no farmacológica para el control de enfermedades crónicas.
Consideración de Subgrupos	Se debe considerar que un grupo de personas que además de padecer alguna enfermedad crónica cursan con algún tipo de dolor articular o muscular puede dificultar la implementación de esta medida ya que cuentan con una barrera fuerte para disminuir el apego.
Consideraciones de implementación	Es ideal e iterativo la implementación de personal de salud especializado en preparación y acondicionamiento físico con el fin de ofrecer planes de ejercicios personalizados y mejoramiento al igual que disfrute del ejercicio, la principal limitante en el presupuesto dirigido por el sistema nacional de salud para este ámbito.
Monitorización y evaluación	Dar seguimiento consecutivo acerca de los progresos con el plan de entrenamiento personalizado al igual que la posibilidad de acordar sesiones de ejercicio en cada centro de salud para valorar objetivamente el progreso por lo menos una vez al mes.
Prioridades para la investigación	Enfatar en este aspecto mediante estudios de cohorte prospectivos para la valoración de esta intervención a lo largo del tiempo.

RECOMENDACIÓN						
Balace de Consecuencias	Las consecuencias indeseables superan claramente las consecuencias deseadas en la mayoría de escenarios	Las consecuencias indeseables probablemente superen las consecuencias deseadas en la mayoría de los escenarios	El balance entre consecuencias deseadas e indeseables está equilibrado	Las consecuencias deseadas probablemente superen las consecuencias indeseables en la mayoría de los escenarios	Las consecuencias deseadas superan claramente las consecuencias indeseables en la mayoría de los escenarios	
				x		
Tipo de Recomendación	Recomendamos NO ofrecer esta opción	Sugerimos NO ofrecer esta opción	Sugerimos ofrecer esta opción	Recomendamos ofrecer esta opción		
				x		

Recomendación	El equipo de trabajo recomienda que en el diseño de programas de entrenamiento este supervisado continuamente por un equipo multidisciplinario expertos en el área de acondicionamiento físico.
Justificación	Se observó que dentro de los estudios realizados, los participantes de los programas de entrenamiento donde se les supervisan continuamente y los retroalimentar positivamente aumenta la adherencia al ejercicio físico así como se evitaba el riesgo de lesiones
Consideración de Subgrupos	Principalmente en las mujeres reportaron una mejor adherencia al ejercicio por sentir el apoyo por parte del personal encargado de los programas y se sintieron más satisfechas con sus resultados y por la comunicación regular de los encargados
Consideraciones de implementación	Se sugiere que en los grupos formados para el programa de entrenamiento sea con una población homogeneizada (por ejemplo solo mujeres) porque se genera un ambiente donde las participante se sientan cómodas y formen relaciones positivas que aumentaran su adherencia.
Monitorización y evaluación	La comunicación efectiva entre el personal encargado y los participantes es importante para una retroalimentación continua del progreso del entrenamiento físico, estos pueden realizarse mediante llamadas telefónicas, visitas domiciliarias, por mencionar algunos.
Prioridades para la investigación	Realizar más estudios de implementación de intervenciones con base a esta recomendación para evaluar su eficacia.

RECOMENDACIÓN						
Balace de Consecuencias	Las consecuencias indeseables superan claramente las consecuencias deseadas en la mayoría de escenarios	Las consecuencias indeseables probablemente superen las consecuencias deseables en la mayoría de los escenarios	El balance entre consecuencias deseables e indeseables está equilibrado	Las consecuencias deseables probablemente superen las consecuencias indeseables en la mayoría de los escenarios	Las consecuencias deseables superan claramente las consecuencias indeseables en la mayoría de los escenarios	
	x					

Tipo de Recomendación	Recomendamos NO ofrecer esta opción	Sugerimos NO ofrecer esta opción	Sugerimos ofrecer esta opción	Recomendamos ofrecer esta opción
	x			
Recomendación	El equipo de trabajo recomienda basar el programa de entrenamiento físico usando como parámetro objetivo la pérdida de peso de manera exclusiva.			
Justificación	El uso de la variable pérdida de peso como medidas para valorar la eficacia del plan de entrenamiento está relacionado con aumento en la frustración por parte de los participantes y en una disminución en la adherencia al ejercicio físico.			
Consideración de Subgrupos	Se debe considerar en los adultos mayores variables relacionadas con la autoeficacia de sus actividades cotidianas, recalando la mejora en actividades que antes realizaban con dificultad por ejemplo subir escaleras, negociando metas con el equipo responsable del programa de entrenamiento.			
Consideraciones de implementación	El programa de entrenamiento físico debe incluir ejercicios graduados para que los participantes vayan adaptándose y adquiriendo maor condición, este es realmente importante en aquellos pacientes con trastornos musculoesqueléticos que son limitados por el dolor.			
Monitorización y evaluación	Las metas que se establezcan deben de ser medibles, específicas, realistas, programadas y que puedan ser valorables a lo largo de la intervención.			
Prioridades para la investigación	Estudios de intervención cuantitativa y cualitativa acerca de las actividades que más impacten en su vida cotidiana y generan un sentido de autoeficacia.			

CONCLUSIÓN

El propósito de este trabajo fue determinar cuáles son las barreras y facilitadores en la adherencia a la actividad física en personas adultas mayores de 40 años con alguna enfermedad crónica no transmisible y saber si estas incidían en la adherencia a la actividad física. Dentro de toda la revisión documental que se llevó a cabo se observaron distintos aspectos en el ámbito personal, social, económica, religioso, autopercepción, apoyo, servicios de salud, áreas deportivas entre muchas otros que en mayor o menor medida afectan en el nivel de adherencia a la actividad física, se encontró como un punto fundamental la autoeficacia y autonomía de las personas para que las personas juntos con los servidores de salud puedan establecer metas reales y con el cumplimiento de estas metas mejorar la autopercepción y el autoestima para mejorar la motivación y por consiguiente la adherencia, al igual de manera importante se puede mencionar el papel que conlleva la identificación sexual para la adherencia ya que las mujeres tienden a seguir con menor frecuencia estas recomendaciones y como otro aspecto de importancia el valor que le da el personal de salud y el tiempo que se toman para atender y explicar los beneficios del ejercicio así como determinar con mayor certeza qué actividad es adecuada de acuerdo a la situación de las personas. Se determinaron 4 recomendaciones que como grupo de trabajo consideramos de gran importancia para mejorar la percepción sobre la actividad física con el fin de aumentar los facilitadores y disminuir las barreras.

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

Balance del desempeño clínico en el proyecto de las y los pasantes de la promoción agosto 2022

1. Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social, de acuerdo con los registros (preexistentes y de nuevo ingreso) en Redcap.

Tabla No. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	44	88
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023	4	8
Recuperados a partir de agosto de 2023	2	4
Total	50	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Condición de participación	No	%
Activas	42	84
No activas	8	16
Total	50	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Motivos de inclusión como no activas	No	%
Cambio del médico dentro del centro de salud	0	0
Cambio de institución que le atiende	0	0
Cambio de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	2	25
Falleció	0	0
Otro motivo	6	75
Se ignora	0	0
Total	8	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

2. Información demográfica:

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a sexo

Centro de Salud T. III Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Sexo	No	%
Femenino	35	70
Masculino	15	30
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	50	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad

Centro de Salud T. III Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	2	4
40 – 49 años	9	18
50 – 59 años	15	30
60 – 69 años	14	28
70 – 79 años	10	20
80 y más años	0	0
Total	50	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad y sexo

Centro de Salud T. III Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 29 años	0	0	0	0	0	0
30 – 39 años	0	0	2	4	2	4
40 – 49 años	8	16	1	2	9	18
50 – 59 años	11	22	4	8	15	30
60 – 69 años	11	22	3	3	14	28
70 – 79 años	5	10	5	10	10	20
80 y más años	0	0	0	0	0	0
Total	35	70	15	30	50	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

3. Diagnóstico y seguimiento

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad
 Centro de Salud T. III Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

No de consultas	No pacientes	%
1	0	0
2	4	8
3	4	8
4	1	2
5	4	8
6	4	8
7	2	4
8	3	6
9	9	18
10	10	20
11	8	16
12 y más	1	2
Total	50	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad
 Centro de Salud T. III Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Diagnóstico	No	%
Dislipidemia	2	4
Diabetes y dislipidemia	1	2
Obesidad y dislipidemia	1	2
Hipertensión, dislipidemia	5	10
Obesidad, hipertensión y diabetes	3	6
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	4
Hipertensión, dislipidemia, obesidad	7	14
Diabetes, dislipidemia, obesidad	6	12
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	23	46
Total	50	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 9
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023
de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo
Centro de Salud T. III Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Dx	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
Dislipidemia		0	0	2	4	2	4
Diabetes y dislipidemia		0	0	1	2	1	2
Obesidad y dislipidemia		1	2	0	0	1	2
Hipertensión, dislipidemia		4	8	1	2	5	10
Obesidad, hipertensión y diabetes		3	6	0	0	3	6
Hipertensión, diabetes y dislipidemia		1	2	1	2	2	4
Hipertensión, dislipidemia, obesidad		5	10	2	4	7	14
Diabetes, dislipidemia, obesidad		5	10	1	2	6	12
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia		16	32	7	14	23	46
Total		35	70	15	30	50	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 10
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023
de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia
Centro de Salud T. III Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 11
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023
de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes y dislipidemia
Centro de Salud T. III Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad/sobrepeso y dislipidemia
 Centro de Salud T. III Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia e hipertensión
 Centro de Salud T. III Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de dislipidemia e hipertensión	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	2	40
60 – 69 años	1	20
70 – 79 años	2	40
80 y más años	0	0
Total	5	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión y diabetes
 Centro de Salud T. III Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión y diabetes	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	33.3
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	2	66.6
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	3	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes y dislipidemia
 Centro de Salud T. III Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, dislipidemia, obesidad
 Centro de Salud T. III Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión, dislipidemia, obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	28.57
50 – 59 años	1	14.28
60 – 69 años	1	14.28
70 – 79 años	3	42.85
80 y más años	0	0
Total	7	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 17

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes, dislipidemia, obesidad
 Centro de Salud T. III Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes, dislipidemia, obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	33.33
50 – 59 años	1	16.66
60 – 69 años	2	33.33
70 – 79 años	1	16.66
80 y más años	0	0
Total	6	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 18

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia
 Centro de Salud T. III Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	8.69
50 – 59 años	11	47.82
60 – 69 años	7	30.43
70 – 79 años	3	13.04
80 y más años	0	0
Total	23	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

4. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 21

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa
 Periodo agosto 2022 – julio 2023
 Centro de Salud T. III Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Parámetros de:	Glicemia	
	No	%
Control	19	55.88
Fuera de control	10	29.41
Sin laboratorios	5	14.70
Total	34	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 22
 Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada
 Periodo agosto 2022 – julio 2023
 Centro de Salud T. III Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Parámetro de:	No	%
Control	21	61.76
Fuera de control	12	35.29
Sin laboratorios	1	2.94
Total	34	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 23
 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control
 Periodo agosto 2022 – julio 2023
 Centro de Salud T. III Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Parámetro de:	No	%
Control	35	87.5
Fuera de control	5	12.5
Total	40	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 24
 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico
 Periodo agosto 2022 – julio 2023
 Centro de Salud T. III Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Parámetro de:	No	%
Control	38	80.85
Fuera de control	7	14.89
Sin laboratorios	2	4.25
Total	47	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 25

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

Periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III Tulyehualco

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Parámetro de:	No	%
Control	18	38.29
Fuera de control	27	57.44
Sin laboratorio	2	4.25
Total	47	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Acción comunitaria

Concepto y modelos de promoción de la salud

La carta de Ottawa nos regala una excelente definición de la promoción a la salud, la cual en términos generales se puede entender como abogar por aquellos factores que favorecen a la salud, entendiendo a estos factores como la paz, una vivienda, la educación, ingresos económicos, la alimentación, recursos sostenibles, justicia y la equidad social. Esto se puede alcanzar mediante acciones que involucran tanto los niveles personales, comunitarios y políticos, por ejemplo, la elaboración de políticas públicas saludables generando servicios más sanos como por ejemplo la utilización de energía renovable. Otro ejemplo puede ser la creación de entornos de apoyo, donde se motive al cuidado de toda la comunidad y su ambiente, ofrecer capacitaciones a las comunidades para que puedan controlar sus vidas por ejemplo la capacitación del manejo de aguas residuales en temporadas de lluvias para evitar la propagación del mosquito responsable del dengue, potenciar el desarrollo de habilidades personales para la vida, algo parecido a las acciones centradas en una vejez digna, entre otros ejemplos.

Es importante tener en cuenta la diferencia entre la prevención y la promoción de la salud, mientras que la prevención tiene un enfoque más negativo refiriéndose específicamente en centrarse en la enfermedad y como evitar su aparición mediante la identificación, por ejemplo de factores de riesgo, la promoción de la salud tiene un enfoque positivo al centrarse en aquellas acciones que provocarían que las personas y las comunidades sean participes del control de su salud y no solamente cuando aparece la enfermedad.

Esto ha generado la creación de diferentes modelos por los cuales podemos aplicar la promoción de la salud, en Latinoamérica específicamente ha brotado muchas formas de aplicar la promoción de la salud, dentro sus puntos en común podemos encontrar que los temas de salud decisionales deben trascender más allá del sector salud, teniendo

una visión intersectorial o interdisciplinaria, tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud que juegan un papel muy importante para la salud y que lo diferencia de la prevención donde solamente actúa cuando existe una enfermedad. Otro tema que comparten estos modelos es la modificación de ambientes físicos y el empoderamiento de los individuos y grupos sociales para que ellos tomen el control de las decisiones sobre su salud y no un grupo reducido de personas, para esto se necesita de una divulgación de la promoción de la salud.

Haciendo una comparación con el modelo extendido de cuidados crónicos, podemos notar las similitudes principalmente mediante el empoderamiento de las personas para que tomen el control de su salud y en el caso del modelo extendido, control de sus enfermedades crónicas.

Encuentro de salud

Los encuentros de salud fueron la vía a través de la cual el MAICP instrumenta las líneas de acción de la promoción de la salud referidas a la construcción de entornos saludables, el desarrollo de capacidades individuales y, especialmente, el fortalecimiento de la acción comunitaria.

Durante este año del servicio social se celebraron dos encuentros. Yo tuve la oportunidad de participar en un encuentro, el cual se realizó en el mes de noviembre del 2022. El otro encuentro del mes de junio no pude participar porque me encontraba en mi periodo de vacaciones.

El tema del primer encuentro al que tuve oportunidad de participar como coordinador de un grupo de discusión trato sobre una alimentación saludable, esto con la justificación de conocer las opiniones de las personas que viven con enfermedades crónicas para ellos como consideran que es una alimentación saludable, las estrategias para poder llevarla a cabo y las dificultades que se presentaron durante el camino. La organización del evento se planea con el equipo de trabajo del diplomado, la jurisdicción de Xochimilco que proporciono el transporte y el lugar donde se realizó el encuentro y el personal de salud que se encontraba en el centro de salud que formaran parte de la jurisdicción de Xochimilco. En el caso del centro de salud TIII Tulyehualco fue el centro de salud que más participantes llevo al evento. El evento se realizó de acuerdo con el cronograma de actividades donde todo inicio con una ceremonia de apertura donde tuvimos la participación de representantes de la secretaria de salud de la ciudad de México, posterior a la ceremonia nos reunimos en grupos de 11 personas para formar una mesa redonda y todos participamos en las actividades que se realizaron de acuerdo al tema de alimentación saludable que fue el caso del grupo donde me toco participar.

A continuación, se anexa relatoría del grupo donde me toco dirigir la conversación para que todo fluyera de la mejor manera posible.

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco
Coordinadora: Jorkaeef Loeza Sanchez
Relatora: Andrea

Taller 3: Alimentación saludable

Fecha: 17/11/2022

Personas participantes:

1. Noel Matías
2. Margarito Castañeda
3. Cristina Pérez
4. Nancy Vargas
5. Nieves Dominguez
6. Alma Gloria López
7. Guadalupe Alonso
8. Rosa María Estrada

¿Qué es una alimentación saludable?

3. Que no contenga grasas, una pechuga asada.
7. Combinar todas las clases de alimentos en las porciones adecuadas en desayuno, comida y cena.
6. En el desayuno un sándwich de pavo, carnita asada con espárragos, poquito arroz. Colaciones como manzana, plátano.
5. Guisar con aceite de oliva es muy bueno, es caro, pero nos ayuda muchísimo.
7. Respetar los horarios para que vaya equilibrado sin saltarnos una comida.

¿Es necesario los horarios?

8. Si es importante respetar horarios. Hay que comer equilibradamente. Distribuir bien nuestras calorías.
3. Respetar los horarios sobre todo por nuestras enfermedades. Las colaciones son muy importantes.
5. La alimentación mayor es en la mañana (desayuno).
8. Es importante tomar agua durante todo el día.
7. El agua hay que distribuirla.

¿Por qué es importante la alimentación saludable?

7. Hay que cuidar la alimentación para que nuestras enfermedades estén controladas. El azúcar se concentra más.
1. Todo va acompañado de deporte, no solo es alimentación sino el ejercicio. Gracias al deporte, mi esposa ha mejorado.
6. Llevar una alimentación sin grasa, para que no se nos suba la presión.
8. Para mí es muy difícil bajar de peso por el hipotiroidismo. Me han quitado muchos alimentos. La alimentación es la que debo cuidar.

¿Qué es una porción?

7. La carne por ejemplo es la palma de tu mano. En arroz un cuarto de taza, depende el sobrepeso que tengamos. Harinas, cereales y pan dejarlo de lado. Todo esto según el nutriólogo.

¿Cuáles son las principales dificultades para llevar una alimentación saludable?

8. No nos enseñaron a comer bien. Nos cuesta trabajo adaptarnos a preparar. Hay que aprender a como preparar alimentos y comer saludable.
6. La economía, las recetas salen caras, no está al alcance del bolsillo de las

personas. Hay gente que lo tiene pero muchas otras que no. Hay mucha verdura para comer.

1. Ahora hay influencia de comida chatarra, porque la comida de Xochimilco es muy rica, mucha verdura. La dieta en la zona chinampera es de la tierra al platillo. La comida chatarra es la que nos perjudica.

7. Los tiempos, la gente busca lo que sea más fácil de hacer.

8. La gente como trabaja no puede llevarse sus alimentos pero no da tiempo por horario.

1. Rescate de la comida Xochimilca donde en un evento de la UAM fuimos a preparar alimentos.

2. En el trabajo no nos da tiempo de comer, cuando llego a casa como hasta una vaca, no es tanto la comida sino el tiempo. No es que no quiera comer bien es que no me da tiempo.

Recomendaciones para resolver esas dificultades y tener una alimentación saludable.

7. Que la gente sale sin desayunar, es un mal hábito. Que incluyan todos los alimentos no procesados. No pensar tanto en lo monetario mejor gasto en comida sana.

8. La familia hace que me sea difícil que yo pueda llevar mi dieta.

7. Yo cocino para 3 pero básicamente es para mí.

1. El cuerpo se debe adaptar a lo que comemos. Si comemos sano, nuestros hijos comerán sano y así podemos evitar que sufran estas enfermedades.

7. Es importante enseñar a comer a la familia. No me gustaría pasarle esto a mis hijos y a mis nietos.

Es importante mencionar que la relatoría fue realizada por una compañera de trabajo del proyecto, yo como coordinador mi labor fue dirigir la conversación para que se contestaran las preguntas bases sin que se desviara el tema de conversación y no hubiera discusiones entre los participantes de la mesa redonda.

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

En este modelo se compartían clases con la promoción de febrero 2023 donde llegamos a ver temas muy variados, desde presentación de guías de práctica clínica sobre enfermedades crónicas como Diabetes mellitus e hipertensión, también se utilizó este módulo para la organización de los encuentros de personas con enfermedades crónicas y se planearon talleres para los que no tuvieran experiencia al dirigir una mesa de diálogo, pero lo más importante que realizamos en el cuarto módulo fue la tutoría de casos, donde compañeros de diferentes centros de salud exponían un caso de éxito de uno de sus pacientes que fueron atendiendo durante su práctica clínica. La presentación de estos casos es diferente a la que se realiza por ejemplo en un hospital, se agrega a la exposición datos más personales de la paciente, cuales son sus metas con la enfermedad, aspiraciones, necesidades. Todos los planes que acordaron mutuamente la paciente con el médico.

Una de las primeras presentaciones que expusieron fue el caso de una paciente de Xochimilco con diagnóstico de diabetes mellitus, pero lo particular de su caso fue que ella debuto con la enfermedad presentando un cuadro de estado hiperosmolar. Afortunadamente fue solo en aquella ocasión y junto con el equipo de salud ha presentado actualmente cifras de control. Dentro de las satisfacciones que presentaba la presente y que la hacia tener una buena calidad de vida o que eso ella percibiera es que tenia salud para poner mantener su huerto en casa, cosa que la hacia muy feliz. De este caso clínico surgió la necesidad de crear material educativo para que las personas conocieran las alternativas que tiene para poder tener una alimentación saludable, nos juntamos en equipo y creamos una infografía acerca de la dieta de la milpa, un tema muy conocido en Tulyehualco.

Otro de las cosas clínicos que se dieron durante este modulo fue el caso de una paciente con un importante descontrol de hipertensión arterial el cual el equipo de salud lo asociaba a su personalidad histriónica que le generaba estar siempre en estrés, a la paciente en algún momento le realizaron una referencia al servicio de psiquiatría por ansiedad generalizada, ella dejo de acudir por mucho tiempo con el especialista pero continuo tomando el medicamento que le había indicado, en ese caso clonazepam. Esto genero la necesidad de hablar sobre como apoyar a los pacientes en un primer nivel de atención sin la necesidad de estar refiriendo con los especialistas en todos los casos. La contención debe de ser una práctica que debe ser realizada por todo el personal de salud de primer nivel, deben de estar capacitados para realizarlo sin problema, a su vez el personal de salud puede utilizar la empatía para realizar esta contención, tomando en cuenta que esto puede ser un arma de doble filo y debe manejarse con mucho cuidado.

Conclusiones

El modelo de atención centrado en la persona se convirtió en una buena opción para realizar el servicio social en la secretaria de salud de la ciudad de México por presentar todas las credenciales que esperaríamos en un servicio social general, la cantidad de pacientes atendidos no es nada envidiable comparado con los compañeros con otros modelos de servicio social. El realizar el servicio social en este modelo permitió que todo este año se me permitirá ver en la mayoría de los casos a pacientes en consulta y no realizando actividades más administrativas que también tiene su importancia en el núcleo de nuestro sistema de salud, pero como personal en formación lo más conveniente sería atender la mayor cantidad de pacientes posibles para tener la oportunidad de aplicar lo aprendido durante la carrera. La ventaja de este proyecto de servicio social fue el diplomado, donde íbamos adquiriendo las herramientas necesarias para aplicarlas en la consulta de acuerdo con lo que necesita el modelo de atención centrado en la persona y este enfoque mas dirigido hacia la persona y no la enfermedad como tal.

Mi experiencia con el modelo de atención centrado en la persona fue muy buena, durante la formación en medicina las clases nos enseñaban a como tratar las enfermedades, dejamos de lado a la personas, no nos preocupamos de sus aspiraciones, necesidades, metas, cosa que este diplomado me enseñó que ver a las personas de una manera más

integral tomando en cuenta aquellas determinantes sociales de la salud que le pueden afectar y que pueden ser las verdaderas causas por las cuales los personas no pueden lograr un buen control de sus enfermedades crónicas.

Muchas personas que acuden a la consulta para recibir una atención médica viene con la idea de estar satisfechos con ellos mismos, vivir plenamente y en su caso vivir de una forma como si no tuvieran una enfermedad crónica. Nosotros como personal de salud debemos tener las herramientas necesarias para permitirle al paciente sea el principal actor en la toma de decisiones sobre sus enfermedades crónicas. Una vez los pacientes entiende esos aspectos, incluso el número de consultas incrementan porque consideran que el tipo de atención que se les brinda en el consultorio que sigue el modelo de atención centrado en la persona es muy diferente al convencional que siempre ha existido en nuestro sistema de salud mexicano.

Aun hay muchas cosas que se deben considerar si queremos que este modelo se aplica en la mayoría de los consultorios de los centros de salud, uno de ellos es el manejo de tiempo, porque el modelo necesita de tiempo para conocer además de las enfermedades de la persona, a la persona como tal, para brindar una atención integral de calidad.

Mi servicio social fue una gran experiencia, me voy con la satisfacción de haber formado una comunidad en el centro de salud y espero aplicar todo lo aprendido en mi futuro mediato, reconociendo que todavía falta mucho camino por recorrer y mucho por aprender para continuar ofreciendo una atención de calidad y ser ese granito de arena que pueda hacer el cambio en la forma en la que se atienden a las personas que viven con enfermedades crónico-degenerativas.

Referencias bibliográficas

1. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open*. [Internet]. 2019 [Consultado febrero 2023]; 9(7): e027775. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31315862/>
2. Brashers, D. E., Haas, S. M., & Neidig, J. L. The patient self-advocacy scale: measuring patient involvement in health care decision-making interactions. *Health communication* [Internet]. 1999 [Consultado febrero 2023], 11(2), 97–121. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16370972/>
3. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1989 [Consultado febrero 2023]; 56:267–83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2926629/>
4. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* [Internet]. 1991 [Consultado febrero 2023]; 32:705–14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2035047/>

5. Kielhofner G. Model of human occupation, theory and application. 4 ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2008.
6. Ludman EJ, Simon GE, Rutter CM, et al. A measure for assessing patient perception of provider support for self-management of bipolar disorder. *Bipolar Disord* [Internet]. 2002 [Consultado febrero 2023];4:249–53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12190714/>
7. Van de Velde D, Coorevits P, Sabbe L, et al. Measuring participation as defined by the World Health Organization in the International Classification of Functioning, Disability and Health. Psychometric properties of the Ghent Participation Scale. *Clin Rehabil* [Internet]. 2017 [Consultado febrero 2023];31:379–93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27097867/>
8. Cardol M, de Haan RJ, van den Bos GAM, et al. The development of a handicap assessment questionnaire: the Impact on Participation and Autonomy (IPA). *Clin Rehabil* [Internet]. 1999 [Consultado febrero 2023];13:411–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10498348/>
9. Fillenbaum GG. Multidimensional functional assessment of older adults: the Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Primera edición, Erlbaum, Hillsdale, 1988.
10. Teal CR, Haidet P, Balasubramanyam AS, et al. Measuring the quality of patients' goals and action plans: development and validation of a novel tool. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2012 [Consultado febrero 2023];12:152. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23270422/>
11. Mayberry LS, Gonzalez JS, Wallston KA, et al. The ARMS-D out performs the SDSCA, but both are reliable, valid, and predict glycemic control. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2013 [Consultado febrero 2023];102:96–104. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6069655/>
12. Eklund M, Brunt D. Measuring opportunities for engaging in meaningful home-based activities in housing services for people with psychiatric disabilities: Development of the perceived meaning of activity in housing (PMA-H). *Eval Health Prof* [Internet]. 2017 [Consultado febrero 2023];163278717727333. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28835117/>
13. Graffigna G, Barello S, Bonanomi A, et al. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. *Front Psychol* [Internet]. 2015 [Consultado febrero 2023];6:274. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25870566/>
14. Kephart G, Packer T, Audulv Å, et al. Item selection, scaling and construct validation of the Patient-Reported Inventory of Self-Management of Chronic Conditions (PRISM-CC) measurement tool in adults. *Qual Life Res.* [Internet]. 2022 [Consultado febrero 2023];31(9):2867-2880. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35759127>
15. Guevara Sánchez DA. Niveles de actividad física, factores motivacionales y barreras percibidas por los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de la Unidad Médica Eloy Alfaro del IESS. Quito; 2019.

16. Forechi L, Mill JG, Griep RH, Santos I, Pitanga F, Molina MDCB. Adherence to physical activity in adults with chronic diseases: ELSA-Brasil. *Rev Saude Pública* [Internet]. 2018;52:31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000215>
17. Lawton J, Ahmad N, Hanna L, Douglas M, Hallowell N. "I can't do any serious exercise": barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with Type 2 diabetes. *Health Educ Res* [Internet]. 2006;21(1):43–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyh042>
18. Vilafranca Cartagena M, Tort-Nasarre G, Rubinat Arnaldo E. Barriers and facilitators for physical activity in adults with Type 2 Diabetes Mellitus: A scoping review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(10):5359. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18105359>
19. Ige-Elegbede J, Pilkington P, Gray S, Powell J. Barriers and facilitators of physical activity among adults and older adults from Black and Minority Ethnic groups in the UK: A systematic review of qualitative studies. *Prev Med Rep* [Internet]. 2019;15(100952):100952. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100952>
20. Farrance C, Tsofliou F, Clark C. Adherence to community based group exercise interventions for older people: A mixed-methods systematic review. *Prev Med* [Internet]. 2016;87:155–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.02.037>
21. Collado-Mateo D, Lavín-Pérez AM, Peñacoba C, Del Coso J, Leyton-Román M, Luque-Casado A, et al. Key factors associated with adherence to physical exercise in patients with chronic diseases and older adults: An umbrella review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(4):2023. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18042023>
22. Centi AJ, Atif M, Golas SB, Mohammadi R, Kamarthi S, Agboola S, et al. Factors influencing exercise engagement when using activity trackers: Nonrandomized pilot study. *JMIR MHealth UHealth* [Internet]. 2019;7(10):e11603. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2196/11603>
23. Garmendia ML, Dangour AD, Albala C, Eguiguren P, Allen E, Uauy R. Adherence to a physical activity intervention among older adults in a post-transitional middle income country: a quantitative and qualitative analysis. *The journal of nutrition. health & aging*. 2013;17(5):466–71.
24. Miller ST, Marolen KN, Beech BM. Perceptions of physical activity and motivational interviewing among rural African-American women with type 2 diabetes. *Womens Health Issues* [Internet]. 2010;20(1):43–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2009.09.004>
25. Leung AWY, Chan RSM, Sea MMM, Woo J. Psychological factors of long-term dietary and physical activity adherence among Chinese adults with overweight and obesity in a community-based lifestyle modification program: A mixed-method study. *Nutrients* [Internet]. 2020;12(5):1379. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu12051379>
26. Orzech KM, Vivian J, Huebner Torres C, Armin J, Shaw SJ. Diet and exercise adherence and practices among medically underserved patients with chronic disease: variation across four ethnic groups: Variation across four ethnic groups. *Health Educ*

Behav [Internet]. 2013;40(1):56–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1090198112436970>

27. Smalls BL, Gregory CM, Zoller JS, Egede LE. Assessing the relationship between neighborhood factors and diabetes related health outcomes and self-care behaviors. BMC health services research [Internet]. 2015;15: 445. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1086-7>
28. Serour M, Alqhenaei H, Al-Saqabi S, Mustafa AR, Ben-Nakhi A. Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. The British journal of general practice : the journal of the. Royal College of General Practitioners. 2007;57(537):291–5.
29. Canuto KJ, Spagnoletti B, McDermott RA, Cargo M. Factors influencing attendance in a structured physical activity program for Aboriginal and Torres Strait Islander women in an urban setting: a mixed methods process evaluation. Int J Equity Health [Internet]. 2013;12(1):11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-12-11>
30. Gillette DB, Petrescu-Prahova M, Herting JR, Belza B. A pilot study of determinants of ongoing participation in EnhanceFitness: A community-based group exercise program for older adults. J Geriatr Phys Ther [Internet]. 2015;38(4):194–201. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1519/JPT.0000000000000041>
31. Rogers A, Harris T, Victor C, Woodcock A, Limb E, Kerry S, Iliffe S, Whincup P, Ekelund U, Bighton C, Ussher M, Adams F, Cook DG. Which older people decline participation in a primary care trial of physical activity and why: insights from a mixed methods approach. BMC geriatrics [Internet]. 2014;14: 46. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-46>

Anexos

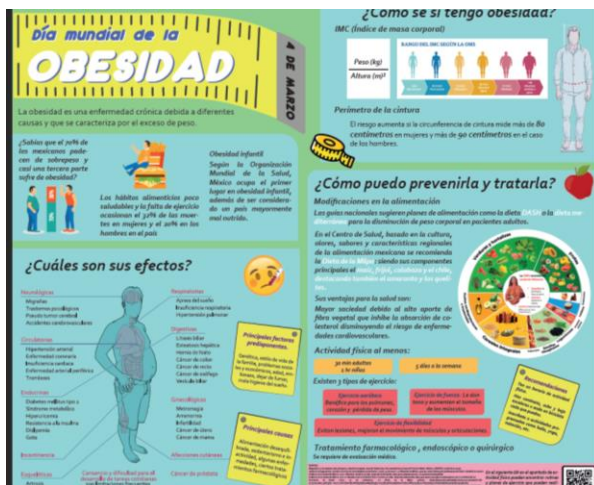


Figura 1.- Cartel por el día mundial de la obesidad.



Figura 2.- Cartel por el día internacional de la

eliminación de la violencia contra la mujer.



Figura 3.- Cartel por el día mundial de la diabetes.

BENEFICIOS DEL EJERCICIO

MPSS JORCAEFP LOEZA SANCHEZ

Figura 4.- Exposición beneficios del ejercicio.



Figura. 6 cartel beneficios de realizar ejercicio fisico



Figura. 5 Exposicion insomnio e higiene del sueño



Figura.7 Exposición Enfermedades del corazón relacionadas con enfermedades crónicas

Figura. 8 Activacion fisica





Figura 12. Taller de ensaladas

Figura. 13 Mesa de dialogo encuentro de pacientes



Figura. 14 Acreditación grupo de ayuda mutua "ave fénix"

Figura 15. Actividad al aire libre





Figura. 16 Encuentro de personas con enfermedades crónicas