

Unidad Xochimilco
División de ciencias Biológicas de la salud
Licenciatura Medicina

PROYECTO URBANO DE SALUD

Título del proyecto: *Seguimiento de pacientes con DM2, HAS del Proyecto Urbano de Salud en el consultorio Huayamilpas en el periodo 01 de febrero 2023 -31 de enero 2024*

Elaboró: Garcia Villarreal Blanca Aleli

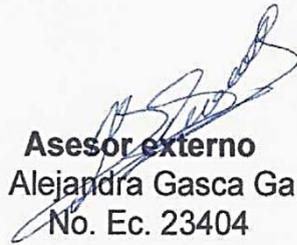
Matricula:2172028074

Medico pasante del servicio social

Promoción: 01 de febrero 2023 a 31 de enero 2024



Asesor interno
Dr. Víctor Ríos Cortázar
No. Ec. 09250
Profesor Titular C
UAM - Xochimilco



Asesor externo
Dra. Alejandra Gasca García
No. Ec. 23404
UAM – Xochimilco

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

ÍNDICE

Presentación	3
Capítulo 1. El modelo expandido de cuidados crónicos.....	6
Capítulo 2. El diplomado.....	11
Capítulo 3. Módulo 1: Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades “¿Cómo podemos desarrollar estrategias que promuevan la autonomía de las personas que padecen enfermedades crónicas y al mismo tiempo se adapten a su estilo de vida?”.....	14
Capítulo 4. Módulo 2: Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados. “Principales retos al momento de iniciar terapia insulínica en el paciente adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 y herramientas clínico-terapéuticas que facilitan la insulinización”.....	22
Capítulo 5. Módulo 3: Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.....	37
5.1 Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social, de acuerdo con los registros del Proyecto Urbano de Salud.....	37
5.2 Información demográfica.....	39
5.3 Diagnóstico y seguimiento.....	40
5.4 Resultados de control de enfermedad crónica.....	49
Capítulo 6. Acción comunitaria.....	52
6.1 Concepto y modelos de promoción de la salud.....	53
6.2 Encuentros de salud.....	55
Capítulo 7: Módulo 4: Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.....	80
Conclusiones.	82
Referencias bibliográficas	82

PRESENTACIÓN

Mediante el presente escrito se exponen las diversas actividades y estrategias que se realizaron durante mi periodo de servicio social en el Proyecto Urbano de Salud. Una de las características que distingue al Proyecto Urbano de Salud es la promoción a la salud y la participación social de la comunidad que recibe la atención médica en cada uno de sus consultorios, esto con la intención de cumplir con los estándares adecuados para brindar una atención personalizada, la cual se centra en la persona y no únicamente en la enfermedad.

La participación social en el ámbito de salud es un factor clave para lograr estrategias de autocuidado y que le permitan a cada persona participar en la toma de decisiones informada respecto a la elección de la terapéutica a emplear que más se adapte a sus necesidades y preferencias, teniendo como resultado un buen apego al tratamiento, mayores beneficios para el pronóstico de su salud y una mejor calidad de vida.

El propósito de este trabajo es desarrollar cómo fueron empleadas cada una de las dinámicas aprendidas en cada uno de los módulos cursados en el diplomado *“Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades.”* para lograr una atención integral y personalizada que se adapte a las necesidades y preferencias de nuestros pacientes, así como una adecuada promoción de la salud y participación activa de las personas. El gran impacto social que tiene el Proyecto Urbano de Salud se debe a la participación y el gran interés que muestra la comunidad a la que se le brinda el servicio de salud por medio de los consejos asesores, de los cuales se hablará en el desarrollo del presente.

Cabe mencionar que el modelo de atención centrado en la persona, el cual es el que es implementado por el Proyecto Urbano de Salud, es un modelo en el que se pretende llevar a cabo la atención médica con base en las necesidades y preferencias de la persona.

En el desarrollo del presente escrito se describe más a detalle la dinámica que se siguió en las sesiones de diplomado, su estructura y el cómo se abordaron

cada uno de los 4 módulos que conforman el programa operativo del diplomado. En el módulo 1: “Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades” elaboré mi trabajo titulado *¿Cómo podemos desarrollar estrategias que promuevan la autonomía de las personas que padecen enfermedades crónicas y al mismo tiempo se adapten a su estilo de vida?*” en el que el principal enfoque era informar y empoderar a las personas a través del desarrollo de estrategias didácticas que les faciliten adaptar sus metas terapéuticas a su estilo de vida. Módulo 2: “Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados“ la dinámica durante este módulo fue en parejas realizar una revisión sistemática acerca de un problema que identificamos como una limitante para que las personas logren sus metas de salud, dado que en programa brindamos atención médica a personas con diabetes mellitus tipo nos pareció un tema de interés los prejuicios que se han generado a lo largo de los años por la poca disposición de informar a los pacientes acerca de la terapia con insulina, por lo que decidimos basar la revisión bibliográfica en esta problemática, para poder brindar la mayor información posible a los pacientes en beneficio de ofrecerles la mejor terapéutica, e incluso incluimos un apartado donde se debate acerca de posibles alternativas terapéuticas a la insulina, nuestro trabajo se presentó bajo el título de *Principales retos al momento de iniciar terapia insulínica en el paciente adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 y herramientas clínico-terapéuticas que facilitan la insulinización*. En el módulo 3: “Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas” se reportan los resultados respecto a la atención médica que se brindó durante el periodo de febrero de 2023- enero 2024, se encuentra la distribución de personas que recibieron la atención, diagnósticos que padecen, número de consultas al que acudieron y el porcentaje de personas que mantienen en control sus enfermedades crónicas respecto a mediciones en consulta y resultados de laboratorio. La parte final del diplomado, que corresponde al módulo 4:” Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos” se describe como se nos capacitó a través de la presentación de casos clínicos y cómo presentar un caso clínico con enfoque a la persona.

Durante mi corta estancia brindando atención médica en el primer nivel de atención en el consultorio de Huayamilpas, ubicado en la Casa del Adulto Mayor en el Parque Ecológico de Huayamilpas, tuve la oportunidad de poner en práctica diversas estrategias que aprendí en el diplomado *“Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de capacidades”* pudiendo así adaptar mi práctica clínica ambulatoria a los principios y estrategias de un modelo de atención integral centrada en la persona con base en sus capacidades individuales y comunitarias. En cada sesión del diplomado se abordaban temas de gran interés, desde un enfoque personalizado para el fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica, métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y monitoreo de resultados y la organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas. Se realizaron diversas capacitaciones, incluyendo talleres para brindar una atención integral completa que incluían desde una revisión podológica hasta valoraciones para la realización de ejercicio físico donde se hicieron pruebas de fuerza, resistencia y equilibrio en cada persona para con esto poder adaptar planes de ejercicio con base en sus necesidades, capacidades y limitantes.

La Casa del Adulto Mayor celebró este año su XXIX aniversario, en la que con mucho gusto participaron en su organización la señora María Eugenia, Lilia y Victorina, trabajadoras encargadas de la administración y dinámica de las actividades que se llevan a cabo en la casa del adulto mayor. Es en el interior de esta instalación donde se encuentra el consultorio del Proyecto Urbano de Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, en el cual se brinda atención médica y seguimientos a personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles y también se brinda atención a la comunidad en general. Por parte de la administración de la Casa del Adulto Mayor de Huayamilpas se ofertan servicios como el taller de medicina China, así como actividades recreativas y culturales; zumba, Taichi, canto, listón, bordado, y acuarela, todos los servicios antes mencionados se proporcionan de manera gratuita.

En la actualidad muchos investigadores se han dado a la tarea de estudiar la parte social de la medicina y en consecuencia se han desarrollado diversos

métodos con los cuales se ha comprobado su funcionalidad y beneficio en la salud de las personas, uno de estos es el método clínico centrado en la persona por Ian McWhinney, Moira Stewart y Judith Brown en Canadá, quienes describieron a grandes rasgos que una atención centrada en la enfermedad no está cumpliendo un panorama completo para poder entender y darle un seguimiento de calidad a la persona con base el malestar que le aqueja.¹

El enfoque de atención personalizado permite a las personas que acuden a recibir atención médica puedan llevar un adecuado acompañamiento, mejor apego al tratamiento y desarrollar habilidades y estrategias para el autocuidado.

Cabe mencionar que existen distintos sistemas de salud, de los cuales en su mayoría han mostrado ser eficaces en el tratamiento y resolución de la patología y/o evento agudo, lo que ha generado un enfoque directo en tratar enfermedades y no en tratar personas que requieren un manejo ideal para sus padecimientos crónicos, lo que debe considerar sus decisiones alimentarias de cada día, ejercicio físico adaptado a su condición física y la distribución para tomar su medicación.²

CAPÍTULO 1. EL MODELO EXPANDIDO DE CUIDADOS CRÓNICOS

En el MAICP se promueve la funcionalidad para una dinámica adecuada con la clínica y así obtener resultados benéficos y una interacción productiva durante la consulta entre el médico y el paciente, ya que su participación en el proceso de su enfermedad muestra mejores resultados para con sus metas de salud.³

Este modelo nos provee la mejor evidencia y estructura para lograr un cuidado óptimo en personas que padecen diabetes, haciendo especial énfasis en la atención centrada en la persona para lograr una mejor calidad de vida.²

El Modelo Expandido de atención a pacientes con enfermedades crónicas se divide a sí mismo en tres subsistemas: la comunidad, el sistema de salud y la relación equipo de salud-paciente.²

Los subsistemas antes mencionados se subdividen a su vez y se mantienen en estrecha relación para lograr las metas de salud.³

El subsistema de comunidad

Se enfoca en la asociación que se establece en conjunto con los programas comunitarios interesados en brindar apoyo en el desarrollo de intervenciones que beneficien la salud de los pacientes y se estructura de la siguiente manera:³

- Políticas públicas saludables
- Crear entornos saludables
- Fortalecer acción comunitaria

El Proyecto Urbano de Salud de Salud mantiene una relación estrecha con la comunidad mediante programas de apoyo social, como lo son el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, el cual apoya directamente en los consultorios de San Pedro Mártir y Volcanes en la promoción de la salud y gestión de la atención médica que se brinda en estos consultorios. Por otra parte, el consultorio de Huayamilpas, al estar ubicado dentro de las instalaciones de la Casa del Adulto Mayor de Huayamilpas, perteneciente a la Alcaldía Coyoacán, recibe apoyo de parte de esta misma alcaldía respecto a la gestión del espacio para poder brindar una atención de calidad a las personas que acuden a consulta, brindándoles un área de espera con asientos y realizando labores de limpieza dentro del consultorio.

En cuanto al trabajo con la comunidad, el consejo asesor de cada uno de los consultorios del Proyecto Urbano de Salud ha trabajado de manera activa en periodos anteriores en diversas iniciativas para promoción de la salud, y los miembros al ser parte de la comunidad que recibe la atención médica conocen las necesidades y las posibles deficiencias del sistema de salud y el cómo se puede mejorar la calidad del servicio.

Sistema de salud

Primero que nada, debemos tener claro que un sistema de salud pertenece a la comunidad y consiste en que las personas que integran todos y

cada uno de los niveles de organización incluyendo a los altos directivos, apoyen las mejoras en la atención y así se pueda brindar un enfoque transparente para identificar y abordar las distintas problemáticas de salud. En el caso del Proyecto Urbano de Salud por parte de los directivos del departamento de atención de atención, quienes también tienen cargos importantes como coordinadores de servicio social, el doctor Víctor Ríos Cortázar y la doctora Alejandra Gasca García, se han dado a la tarea de fortalecer e implementar estrategias dentro del programa para conocer las necesidades de los pacientes que conforman cada una de las comunidades que reciben atención en cada uno de los cinco consultorios que forman parte del programa para la atención de personas con enfermedades crónicas. Por otra parte los médicos pasantes del servicio social también formamos parte de ese sistema de salud, ese sistema que debe ser eficiente y de calidad para poder brindar la mejor atención posible a nuestros pacientes, durante nuestro de servicio social tenemos la gran responsabilidad como médicos de primer contacto el brindar a la comunidad promoción de la salud para una adecuada prevención de enfermedades, así como un correcto acompañamiento el cual pueda estar adecuado a las necesidades y preferencias de nuestros pacientes.

En el caso del consultorio de Huayamilpas, su sistema de salud reside desde la coordinación del departamento de atención a la salud por parte del Proyecto Urbano de Salud y como último eslabón es la dinámica de trabajo a la que desarrollamos los médicos pasantes que realizamos el servicio social en este consultorio en conjunto con las empleadas de la Casa del Adulto Mayor, para ofrecer una grata experiencia a los usuarios y pacientes que acuden en necesidad de los servicios que se ofertan en dicha instalación.

Este subsistema se subdivide de la siguiente manera:

- **Desarrollar habilidades personales para el autocuidado:** Hace un especial énfasis en que el paciente es el principal responsable de gestionar su salud. Los profesionales de la salud trabajamos con los pacientes para identificar la causa del problema de manera conjunta para establecer prioridades, metas y desarrollar estrategias para llevar a cabo un plan de acción y como consecuencia la resolución del problema.

Es importante que como profesionales de la salud y médicos de primer contacto tengamos claro el objetivo de los modelos de comunicación para poder desarrollar una buena relación médico-paciente. Dependiendo del modelo de comunicación que empleamos con nuestros pacientes será el tipo de relación que se tendrá y esta se verá directamente relacionada en el desarrollo de estrategias para la autogestión de cada persona y su estado de salud. Si durante una consulta se emplea un modelo de comunicación autoritario o paternalista dará como resultado una relación directiva orientada a la enfermedad, por otra parte, un modelo de comunicación deliberativo permitirá una relación facilitadora orientada al paciente, esto nos brinda un panorama para entender que nuestra principal función como personal de salud es brindar un acompañamiento informado que le permita a cada paciente tener el control sobre la decisiones a tomar respecto a su estado de salud.

El acompañamiento que he brindado a mis pacientes en el consultorio de Huayamilpas, con base en las enseñanzas del modelo expandido de cuidados crónicos, me ha permitido desarrollar estrategias de comunicación efectivas para poder brindarle a cada persona la información necesaria y suficiente, la cual le permita tener el conocimiento requerido para poder decidir sobre las mejores alternativas terapéuticas que se adapten tanto a sus necesidades como a sus preferencias, y de esta manera tener una independencia y autocontrol de sus padecimientos crónicos.

- Reorientar el diseño de prestación de servicios: Se basa en el apoyo a las decisiones respecto de la medicina basada en evidencia. Como profesionales del área de la salud debemos mantenernos en constante actualización sobre la evidencia más reciente y compartir esta información con nuestros pacientes para que ellos también tengan plena noción de la terapéutica empleada y el cómo estas le benefician en su mejoría clínica.
- Apoyo a las decisiones: Está centrada en una manera de especificar los roles y tareas de los distintos miembros del personal para garantizar que los pacientes reciban el seguimiento que necesitan para respaldar su autocuidado.

Debemos tener en claro que la atención de cada persona merece una atención integral y multidisciplinaria, en la que cada experto en materia de un área específica ya sea de salud física, mental y nutricional puede brindar un panorama más amplio respecto a las necesidades de cada paciente, pero también tener en claro el rol del personal de salud como acompañante en el proceso de sanación y el rol del paciente como responsable de su salud.

- Sistema de información: Hace referencia a la organización de los datos del paciente para proporcionarles recordatorios oportunos sobre los servicios necesarios, identificar subpoblaciones de pacientes que puedan necesitar atención adicional y facilitar el seguimiento de las mejoras en la atención.

Cómo prestadora de servicio social en el consultorio de Huayamilpas y por medio de mis recursos personales (número telefónico personal) me encargo de realizar recordatorios previos a los pacientes para que acudan a sus consultas, así como comunicarme con ellos vías telefónica en caso de que no acudan a su cita para indagar la causa de ausencia y en caso de lo posible reagendar una nueva cita para darle seguimiento a la atención médica que requiera el paciente y así poder tener una comunicación más estrecha, conociendo el contexto social de la persona y como este puede influir ya sea de forma positiva o negativa en la calidad de vida de las personas.²

Relaciones e interacciones productivas

Este último subsistema podría abordarse como el resultado de una buena praxis y un enfoque integral llevado a cabo en la comunidad, resumiendo esto en la estructura de una buena relación médico-paciente de confianza y comunicación, en donde el equipo clínico está preparado para brindar atención de calidad de manera proactiva respecto a la promoción de salud, y esto se verá reflejado en la participación del paciente en la toma de decisiones informada.

CAPÍTULO 2. EL DIPLOMADO

El diplomado “Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de Capacidades.” Es la parte académica en la que recibimos la capacitación para entender los modelos más pertinentes para poder dar un adecuado acompañamiento a los pacientes respecto a su independencia como persona con padecimientos crónicos. Dicho diplomado se ha impartido los viernes durante gestionado como día académico para que los médicos pasantes vinculados y quienes realizamos el servicio social propiamente en la Universidad Autónoma Metropolitana podamos dedicar el tiempo pertinente a la atención de la academia impartida.

Como parte del diplomado es importante mencionar que se encuentra estructurado de cuatro módulos:

1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades
2. Modelos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.
3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.
4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.

Durante el desarrollo del curso de este diplomado, cabe destacar que se nos capacitó a los médicos pasantes de manera práctica en talleres impartidos por profesionales de la salud respecto a la importancia y correcta revisión de los pies, así como recomendaciones para incluir planes de alimentación y rutinas de ejercicio a nuestros pacientes.

En las sesiones académicas se abordaron temas de importancia respecto al paciente, sus condiciones y el entorno en el que vive. Al tener en cuenta el contexto socioeconómico en el que se desenvuelve cada persona que acude a recibir atención médica podemos dar recomendaciones que se ajusten a su dinámica de vida con las menores limitantes para que logre un buen apego al tratamiento. Los docentes que impartían el diplomado estaban al tanto de las

necesidades académicas de quienes cursamos el diplomado por lo que en algunas sesiones se consultaba con los médicos pasantes que tema enfocado a la clínica o a las nuevas actualizaciones deseábamos abordar en las sesiones.

El resto de la dinámica consistió en el reparto de temas para que los médicos pasantes presentáramos los temas de interés basados en artículos científicos que respaldan y evidencian la eficacia de una atención centrada en la persona, así como literatura que cuestiona las deficiencias del servicio que podemos ofrecerles a los pacientes.

Respecto al módulo 1, éste fue evaluado con un ensayo el cual se basaba en un tema libre que fuese desarrollado a partir de los temas abordados durante el desarrollo del módulo, trabajo que está contenido en el presente escrito en el capítulo 3. Por otra parte, el módulo fue evaluado con una revisión sistemática acerca de un tema de interés respecto a una problemática a la que nos enfrentaremos en la consulta. Los últimos dos módulos son acerca de la integración en la organización y reportes estadísticos de las actividades que realizamos durante el año de servicio social.

La importancia y utilidad de cada sesión es que permiten mantenernos en constante debate y capacitación para poder aplicar cada una de las estrategias aprendidas durante cada consulta y brindar una atención personalizada que dé como resultado una mejora en la calidad de vida de los pacientes que padecen enfermedades crónicas.

DIPLOMADO

Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de Capacidades.



@aleligvilla

Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados

Sustentar la práctica clínica a partir de recursos y resultados con la mejor evidencia científica disponible para una atención clínica centrada en la persona.



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

Práctica clínica fundada en los principios y recursos de la atención centrada en la persona, sustentada en la mejor evidencia científica disponible.

1

Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica.

Enfoque de capacidades

Desarrollo de capacidades, individuales y colectivas, para que aumente el control sobre su enfermedad crónica y mejorar la condición de vida.

2



3

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

Planear y acompañar procesos de organización, de participación social y de construcción de entornos saludables.

4



CAPÍTULO 3. MÓDULO 1: FORTALECIMIENTO DEL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA. ENFOQUE DE CAPACIDADES

“¿Cómo podemos desarrollar estrategias que promuevan la autonomía de las personas que padecen enfermedades crónicas y al mismo tiempo se adapten a su estilo de vida?”

Tabla de contenido

1. Introducción.....	14
2. Objetivos.....	15
3. Justificación.....	15
4. Desarrollo	
4.1 Las enfermedades crónicas y su evolución a un problema de salud pública en nuestro medio.....	16
4.2 La relación médico-paciente; un pilar fundamental para establecer acuerdos en beneficio de la salud de las personas.....	16
4.3 La falta de empatía hacia el contexto psicosocial y físico de las personas.....	17
4.4 ¿Cómo influyen los grupos de autoayuda en el contexto emocional de las personas que padecen enfermedades crónicas?.....	18
4.5 Los recursos digitales como herramienta.....	20
5. Conclusiones.....	21
6. Referencias bibliográficas.....	21

1. Introducción

Los puntos de interés a destacar en el presente escrito están centrados en ¿Cómo podemos desarrollar estrategias que se adapten al estilo de vida de cada persona que padece enfermedades crónicas? La importancia de la atención centrada en la persona y una buena relación médico paciente pueden crear un ambiente de confianza para que las personas puedan expresar abiertamente su sentir acerca de las enfermedades que les aquejan y así al final de la consulta evitar que se marchen con numerosas y miedos acerca de la misma enfermedad, el tratamiento o incluso actividades cotidianas que podrían creer perjudiciales erróneamente.

En el consultorio ubicado en la casa del adulto mayor del parque ecológico de Huayamilpas durante los 6 meses que he brindado atención como médico de primer contacto a personas en su mayoría de la tercera edad he podido comprobar la importancia de la atención centrada en la persona, ya que todos y cada uno de nosotros vivimos diferentes contextos físicos, sociales, emocionales y económicos. La individualización de la atención que se le da a cada persona es con lo que ayudamos a que las personas se ayuden y como consecuencia

podrán desarrollar habilidades para el autocuidado, siendo así personas independientes que podrán llevar un estilo de vida con las menores limitaciones que le pueda causar la enfermedad.

Una de las cuestiones más llamativas es cómo la atención integral y expandida puede ayudarnos a prevenir complicaciones graves en las personas que padecen enfermedades crónicas, lo que se traduce en una mejor calidad de vida para nuestros pacientes.

Si durante la consulta médica nos enfocamos en empatizar con la persona, brindándole un ambiente cálido en el que se sienta con la confianza de expresar sus sentimientos y no solo en la parte práctica de la medicina, la persona sabrá lo importante que es para nosotros su bienestar y con ese empoderamiento se motivará a sí misma para un buen apeo al desarrollo de hábitos benéficos para su bienestar y de la misma manera buen apeo a su tratamiento farmacológico.

2. Objetivos

El objetivo de este ensayo es construir una relación médico paciente que nos permita establecer acuerdos a partir del diálogo y a partir de este fijar metas reales al final de la consulta.

Objetivos específicos:

- Puntualizar las fortalezas de la persona que padece enfermedades crónicas.
- Fijar metas a corto plazo que se adapten al estilo de vida.
- Empoderar al paciente para que no sienta miedo acerca de sus padecimientos y no considere que pueden ser una limitante absoluta en su vida cotidiana.
- Empatizar con la persona y no considerar únicamente la atención de la enfermedad.
- Aclarar la mayor cantidad de dudas que la persona tenga acerca de la atención médica que se le está brindando.
- Establecer estrategias mediante el uso de recursos digitales o esquemas a tinta y papel que puedan facilitar el entendimiento de la administración del tratamiento farmacológico o algún otro seguimiento indispensable para la monitorización de las variables cuantificables que nos permitan tener un adecuado control de la salud de nuestro paciente a través de variables cuantificables.

3. Justificación

La importancia del presente ensayo se centra en lo más importante para el sistema de salud, la persona, y teniendo en cuenta los puntos a tratar en el desarrollo del trabajo podemos reflexionar acerca de nuestras fortalezas y debilidades en la atención que estamos brindando a las personas.

Al realizar una exhaustiva reflexión acerca de cómo estamos aplicando nuestras habilidades durante la consulta médica podremos permitirnos un autoanálisis acerca de cómo nuestros pacientes están cumpliendo sus metas y si están recibiendo la suficiente información y motivación para volverse autosuficientes respecto al control de sus padecimientos crónicos. En caso de que no se estén reflejando los resultados esperados con base a la autorreflexión ya realizada podremos identificar en qué estamos fallando y cómo podemos reestructurar el seguimiento personalizado de nuestros pacientes.

4. Desarrollo

4.1 Las enfermedades crónicas y su evolución a un problema de salud pública en nuestro medio.

Durante las últimas décadas se ha podido observar un incremento significativo de enfermedades crónicas que aquejan sobre todo al grupo etario de la tercera edad en su mayoría. Estadísticas publicadas por el INEI exponen las diez primeras causas de muerte por sexo en el periodo de enero a agosto 2020 en nuestro país, en donde podemos apreciar los siguientes resultados: La principal causa de muerte fueron enfermedades del corazón para ambos sexos, en el que se estima fue causa de muerte de 78 929 hombres y 62 713 mujeres. En segundo lugar, como causa de muerte para el sexo masculino tenemos 71 419 fallecimientos por COVID-19 y 47 429 fallecimientos por diabetes mellitus. Como tercera causa de muerte se encontró que 52 136 hombres murieron a causa de diabetes mellitus y en 37 111 mujeres la causa de muerte fue por COVID-19. *INEGI, 2021*

Como se mencionó anteriormente con las cifras de mortalidad por causa reportadas por el INEI, es un número preocupante de personas fallecidas a causa de complicaciones por enfermedades que se pueden prevenir y-o llevar un adecuado control en beneficio de la calidad de vida de los pacientes. Haciendo énfasis en que los datos reportados fueron compilados en el año 2020, tengamos en cuenta una variable muy importante como lo fue la enfermedad por coronavirus 2019, la cual ocasionó un alta cifra de mortalidad y muchas de estas muertes fue de personas que ya padecían enfermedades crónicas de base, lo que propició complicaciones por la COVID-19.

4.2 La relación médico-paciente; un pilar fundamental para establecer acuerdos en beneficio de la salud de las personas.

En la actualidad muchos investigadores se han dado a la tarea de estudiar la parte social de la medicina y en consecuencia se han desarrollado diversos métodos los cuales se ha comprobado su funcionalidad y beneficio en la salud de las personas, uno de estos es el método clínico centrado en la persona por Ian McWhinney, Moira Stewart y Judith Brown en Canadá, quienes describieron a grandes rasgos que una atención centrada en la enfermedad no está

cumpliendo un panorama completo para poder entender y darle un seguimiento de calidad a la persona con base el malestar que le aqueja. *Cuba Fuentes, 2016*

Si en lugar de ver a los pacientes como una enfermedad los vemos como las personas que son incluso podremos familiarizarnos con su contexto, empatizando con la situación que vive e incluso preguntarnos a nosotros mismo ¿es esta la atención médica que me gustaría recibir?, si mi familiar más querido estuviera del otro lado del escritorio ¿estaría yo satisfecho con la atención que le estoy brindando?, por eso la importancia de personalizar la atención, ya que cada persona tiene capacidades diferentes desde su ámbito físico y hasta emocional, por lo que adaptar cada meta a su condición nos lleva por un buen camino hacia el éxito de su bienestar físico, social y emocional.

4.3 La falta de empatía hacia el contexto psicosocial y físico de las personas.

La gran importancia de considerar el ámbito social donde se desenvuelven las personas y su condición física va muy de la mano con los resultados que se puedan obtener en beneficio de la mejoría del paciente. Por ejemplo, en diversas ocasiones durante la consulta elijo como tratamiento farmacológico enviar el medicamento considerado estándar de oro, pero no siempre resulta ser un medicamento accesible económicamente, y hay personas que durante la consulta tienen la confianza de comentarme se les prescriban medicamentos de bajo costo, a lo que como médicos podemos emplear alternativas genéricas u otros tratamientos farmacológicos de segunda línea que sepamos tienen un costo menor, ya que así el factor económico dejaría de ser una limitante para que la persona pueda iniciar a tomar el fármaco que se le prescribe.

Debemos tener en cuenta también que muchas personas atraviesan dolencias emocionales, las cuales podrían ser la causa principal de falla a tratamiento, puesto que hay quienes sufren violencia doméstica o depresión y ansiedad infra diagnosticadas, lo cual retribuye de manera negativa en el ánimo de los pacientes y como consecuencia se desmotiva a sí mismo de la vida, de poder llevar un buen control de la enfermedad y posteriormente la independencia total de la enfermedad que padece mediante un correcto autocontrol, el cual puede aprender y desarrollar mediante una actitud positiva, entusiasmos y empoderamiento.

Lo mencionado anteriormente puede ser un buen ejercicio para reflexionar, ya que se encuentra estrechamente relacionado con la empatía, porque si a nosotros como profesionales de la salud nos resulta indiferente el ámbito en el que se desenvuelve la persona a la que estamos tratando de brindar ayuda es altamente probable que estemos pasando por alto la causa de la dolencia por la que atraviesa la persona o la causa de la falla al tratamiento.

No menos importante mencionar en el presente la falta de empatía generalizada en el personal de salud, a lo que nos preguntamos ¿Por qué hay tanta deshumanización en el personal de salud y que la propicia?

Para responder a la gran problemática de la falta de empatía que abunda en gran parte del personal de salud, existe evidencia sostenida la cual compilada de 11 estudios los cuales se realizaron en estudiantes de medicina, de estos, 3 son estudios longitudinales y los restantes son diseños transversales, en los cuales se reportó que existía una evidencia significativa de la disminución de empatía en los estudiantes de medicina conforme progresaban en sus prácticas y grado académico. Los diversos estudios que se centraban en su mayoría a indagar el sentimiento de angustia el cual aqueja a los estudiantes de medicina se pudo identificar como factor significativo que influye directamente sobre la empatía que pueden brindar.

Es bien sabido que en el ámbito hospitalario y en cualquier ámbito laboral se generen cuestiones de abuso hacia los trabajadores, la cual es una situación que genera mucho descontento en el ámbito médico, ya que el abuso de autoridad es algo que se ha normalizado en diversas esferas laborales y no exclusivamente en el rubro de la salud. Los descontentos de los trabajadores por cuestiones económicas que se relacionan estrechamente con sus necesidades básicas en la actualidad generan angustia y estrés que en su mayoría al no separarlo del ámbito laboral se tiende a querer descargar la frustración o expresar de forma indirecta ese pesar. También teniendo en cuenta de que en muchos trabajos se le obliga al personal a realizar actividades que no son del todo parte de sus funciones o se les obligue a trabajar horas o días extras sin su previo consentimiento ni la justa remuneración por las actividades extras que se realizan, y ante el descontento de sus trabajadores son acusados y señalados por no tener iniciativa ni interés. Son todos estos factores que influyen negativamente en la motivación, las aspiraciones, las emociones y la empatía de los trabajadores del área de la salud.

Algo que ya se ha demostrado en diversos estudios es que si hay falta de empatía sobre todo por parte del médico tratante se verá reflejado en la ausencia de cumplimiento de metas, ya que si no se establece una buena relación con el paciente no podrás establecer acuerdos en conjunto y esto principalmente podría deberse a que la persona que está recibiendo la atención no siente confianza o arado por su médico, e incluso puede la persona adopta ciertas conductas de rebeldía con el incumplimiento de su tratamiento como una forma de protesta por el desacuerdo de la atención que le están dando.

4.4 ¿Cómo influyen los grupos de autoayuda en el contexto emocional de las personas que padecen enfermedades crónicas?

Con la experiencia adquirida en los últimos seis meses durante el servicio social y mi participación como relatora en tres encuentros de salud para personas con enfermedades en crónicas; el primero en la Universidad Autónoma

Metropolitana donde acuden personas que están llevando su manejo del control de la enfermedad en los consultorios de Piloto Culhuacán, Volcanes, San Pedro Mártir y Huayamilpas; en la jurisdicción Venustiano Carranza en el Centro de Salud S. T.III Beatriz Velasco Alemán y en la jurisdicción de Tláhuac en el Centro de Salud San Francisco Tlaltenco en los cuales pudimos tener un acercamiento y convivencia estrecha con las personas, donde se a podido apreciar que estos grupos de autoayuda son muy benéficos sobre todo en la parte emocional, ya que los distintos participan al compartir sus vivencias, experiencias, emociones, loros e incluso fallos a lo largo de la búsqueda de un adecuado control motiva a otros participantes que tal vez nunca habían tenido la confianza de expresarse en beneficio de su salud mental. En estos grupos se establecen relaciones interpersonales que más allá de una convivencia e intercambio de experiencias encuentran un soporte emocional, las personas que acuden se sienten comprendidas, se sienten escuchadas. Estos grupos pueden considerarse una valiosa herramienta en el manejo y seguimiento de las personas que padecen enfermedades crónicas ya que tienen una convivencia con otras personas con quienes comparten padecimientos médicos en común e incluso situaciones emocionales en común de las cuales cada uno tiene estrategias diferentes para la resolución en cada ámbito de su vida y al compartir esas ideas puede motivar a los demás para salir adelante.

Muchas de las personas que acuden a estos encuentros lo hacen con la buena intención de buscar ayuda, lo cual es el primer paso en el escalón para la atención de su salud. Mediante las vivencias que nos comparten podemos comprender un poco más del contexto que viven día a día y cómo este influye de forma positiva o negativa en el control de su enfermedad.

Al poner a las personas en estas situaciones, en donde se les hace saber lo valiosas e importantes que son para nosotros como seres humanos las estamos empoderando para que por sí mismas no tengan que depender en su totalidad de indicaciones médicas que les sean impuestas.

Estos grupos se centran en empoderar a las personas, en que ellas mismas tengan la confianza en sí mismas, en sus capacidades para la resolución de los problemas que están afrontando y no se perciban así mismo como la enfermedad o como un o una enferma.

Con el empoderamiento que pueden adquirir las personas en estos grupos de autoayuda ellas mismas podrán tener un panorama mucho más amplio de sus habilidades, de sus capacidades e incluso conocimiento sobre aspectos importantes de la enfermedad que padecen y como esta no será una limitante en su vida, porque, aunque padezca la enfermedad si logra un adecuado autocontrol podrá vivir como si no tuviera la enfermedad.

4.5 Los recursos digitales como herramienta

Afortunadamente en la actualidad contamos con muchas herramientas que nos pueden facilitar la comunicación, el aprendizaje, la enseñanza y la difusión de información de calidad la cual sea empleada en el beneficio comunitario de la salud.

En la era de la tecnología tenemos la posibilidad de llevar un seguimiento más estrecho con nuestros pacientes, y no únicamente el médico, sino todo el equipo multidisciplinario que se encarga de velar por la salud de cada persona. Existen en diversas clínicas y hospitales áreas de trabajo social donde se encargan de compilar información necesaria para el contacto de los pacientes y/o de sus familiares, ya que la comunicación es un pilar importante en cualquier ámbito social. En el Proyecto Urbano de Salud se da un seguimiento personalizado a las personas en donde mayormente somos médicos pasantes quienes brindamos la atención de primer nivel nos comunicamos ya sea por vía telefónica, mensaje de texto o WhatsApp con cada persona para agendarlo o agendar las citas, nos comunicamos para darles un recordatorio de que acudan a sus consultas mensuales, con esto las personas pueden notar lo importantes que son para nosotros y el cómo nos preocupamos por su estado de salud, esta acción por el simple hecho de que su médico tratante se comunica con ellos les brinda un sentimiento de tranquilidad y de confianza.

Las herramientas tecnológicas que nos pueden ayudar a mantener una comunicación estrecha con nuestros pacientes es la creación de comunidades en WhatsApp o de grupos en Facebook, en donde se les podría proporcionar información digital en forma de monografías o material didáctico en donde se encuentren recomendaciones para preservar la salud, como podrían ser ideas de recetas saludables, productos alimenticios de buena calidad que tienen impacto benéfico en la salud, recomendaciones ante situaciones especiales como tamizaje para la prevención de cáncer de mama, informar sobre campañas gratuitas de jornadas de salud en donde puedan acudir a realizarse estudios de manera gratuita. La única limitante de estas herramientas es que no todos las personas tienen acceso a este tipo de recursos tecnológicos, como es el caso se pueden emplear las herramientas antes mencionadas mediante vía telefónica realizar una llamada sobre todo a personas que se sabe están atravesando momentos delicados con respecto a su estado de salud, puesto que es importante para nosotros como médicos el saber cómo se encuentran todos y cada uno de nuestros pacientes.

No debemos olvidar que la comunicación es nuestra principal y mejor herramienta al momento de establecer acuerdos en conjunto para la elección del tratamiento que más le beneficiara a cada persona, y la ausencia de comunicación y confianza en una relación médico-paciente fracturada podría ser considerada una de las principales limitantes en el cumplimiento y logro de metas personales de nuestros pacientes.

5. Conclusiones

Para concluir, la finalidad de este trabajo es crear una reflexión en el personal de salud y que tengamos en cuenta que lo más importante para todos los involucrados en el ámbito de salud es la persona y no la enfermedad como tal.

Lo mejor de este primer módulo del diplomado fue brindarnos un panorama totalmente diferente a la formación médica que recibimos, un panorama en el que pude reflexionar acerca de cómo puedo mejorar la atención que brindo a mis pacientes al enfocarme en ellos de una manera totalmente personalizada y esto resulta muy reconfortante para mí como médico porque de esta manera puedo orientar mejor a cada persona en beneficio del cumplimiento de sus metas respecto a su salud.

Ciertamente es un módulo muy completo, se tocaron diversos puntos, desde nuevas recomendaciones sobre el estándar de oro con el tratamiento farmacológico hasta una atención de tipo emocional, el cómo abordar este tipo de sentimientos en las personas para identificar cómo podemos intervenir en el aspecto emocional y los criterios específicos en los cuales la persona se beneficiaría de una atención multidisciplinaria con el equipo de psicología.

La atención que se le ha brindado a las personas por parte del Proyecto Urbano de Salud es generalmente adecuada, cumple con puntos muy importantes y específicos, como son una atención integral, buena comunicación durante el seguimiento y encuentros donde las personas que participan encuentran en estos eventos un apoyo emocional. Una propuesta de mi parte como médico pasante del Proyecto urbano de Salud, sería establecer una línea telefónica exclusiva en cada consultorio para que la comunicación con cada persona sea más rápida, efectiva y sin limitantes ajenas a las cuestiones del Proyecto Urbano de Salud.

6. Referencias bibliográficas

1. INEGI. Comunicado de prensa núm. 61/21. Estadística de defunciones registradas de enero a agosto de 2020. 27 de enero de 2021.
2. Cuba Fuentes María Sofía Razo. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. Rev Peru Med exp salud pública. el 23 de noviembre de 2016;780–4.
3. Neumann Melanie, Edelhäuser Friedrich, Tauschel D, Fischer M. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents [internet]. vols. 86, no. 8. acad med: Journal of the Association of American Medical College; 2011. disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21670661/>

CAPÍTULO 4. MÓDULO 2: MÉTODOS Y RECURSOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y EL MONITOREO DE RESULTADOS.

"Principales retos al momento de iniciar terapia insulínica en el paciente adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 y herramientas clínico-terapéuticas que facilitan la insulinización".

TABLA DE CONTENIDO

1.	Introducción.....	22
2.	Objetivos de la revisión sistemática.....	25
3.	Protocolo de revisión	
3.1.	Justificación	25
3.2.	Pregunta de investigación.....	27
3.3.	Descriptores, palabras clave y términos relacionados con el tema.....	27
3.4.	Tipo de reportes a recuperar	
3.4.1	Criterios de inclusión.....	28
3.4.2	Criterios de exclusión.....	28
3.5.	Estrategias de búsqueda	28
4.	Ejecución.....	29
5.	Resultados.....	29
6.	Recomendaciones.....	33
7.	Conclusiones.....	34
8.	Referencias bibliográficas.....	34

Introducción

La Diabetes mellitus tipo 2, es una enfermedad crónico-degenerativa, con compromiso multiorgánico y complicaciones irreversibles. Se estima que el número de personas que viven con diabetes mellitus en el mundo es de 422 millones. En México la prevalencia según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2021 señala que 12 millones 400 mil personas padecen esta enfermedad, de las cuales la insulino-dependencia en DM2 se estima en. La mortalidad por diabetes mellitus en México se estima en 361 por cien mil habitantes. (1,2)

Existen múltiples factores en un paciente, relacionados al inicio de un tratamiento hipoglucemiante, los cuales influyen de manera negativa, condicionando el rechazo hacia el tratamiento farmacológico, prolongado más el efecto glucotóxico de una Diabetes Mellitus descontrolada y acelerando el inicio de complicaciones irreversibles. (3,4)

La historia natural de una enfermedad crónico-degenerativa, cuya característica principal es una carencia del efecto o cantidad de insulina. Inicia por un déficit insulínico leve, el cual puede ser controlado con terapia conservadora. Hasta el momento en el cual, esta carencia debe ser sustituida de manera exógena, siendo necesaria la aplicación inyectada de insulina, en una o más ocasiones en el día. Es este, el momento de mayor dificultad presentado en la consulta de control de enfermedades crónico-degenerativas, el cual dificulta la atención integral centrada en el paciente y detiene el progreso en el automanejo de este. (3)

Estas causas se relacionan directamente con el entorno del paciente, ya que con anterioridad se culpaba únicamente a la decisión de la persona con enfermedad, sin tomar en cuenta distintos aspectos involucrados. Muchas veces se justifica el descontrol glucémico de un paciente exclusivamente por el rechazo a algún tratamiento, sin tomar en cuenta los distintos prejuicios enriquecidos por los mitos y desinformación, ambas potencialmente modificables en una consulta médica. (5)

Cabe recalcar que los médicos de primer contacto tenemos la obligación de esclarecer todas las dudas de los pacientes, brindando información clara y concisa. Ya que esto dará como consecuencia, que las personas que reciben la atención médica puedan tomar decisiones informadas y llevar un adecuado acompañamiento, logrando así de manera exitosa sus metas, respecto a su estado de salud y una dependencia con proximidad al autocuidado. Otro de los factores que influyen en “el no deseo de insulina” como tratamiento farmacológico coadyuvante, es el factor socioeconómico, ya esta decisión no dista de la perspectiva social en la que participa directamente la red de apoyo del paciente y el ingreso monetario que le permita poder adquirir la medicación. (5)

El presente documento, basa su contenido en uno de los principales retos para las personas que padecen diabetes mellitus, así como, para su red de apoyo y el personal de salud. El cuál es el inicio de la terapia con insulina. Este trabajo está enfocado en indagar sobre las diversas causas que podrían obstaculizar las metas en salud para que las personas que padecen diabetes mellitus puedan lograr un tratamiento integral, en este caso dirigido hacia el apego en un ámbito farmacológico específico.

Nuestro principal interés en desarrollar este tema es el reconocimiento de nuestra labor como médicos pasantes de servicio social. Ya que brindamos atención médica en el diagnóstico y control de personas que padecen enfermedades crónicas en Centros de Salud y consultorios de Huayamilpas del Proyecto Urbano de Salud. En los cuales, hemos tenido la oportunidad de no solamente enfocarnos en el tratamiento directo de la enfermedad, sino que hemos trabajado de forma integral y conjunta, en la cual, pudimos conocer las preferencias de cada persona respecto al tratamiento que desean adoptar para el control de su enfermedad, así como su entorno social, económico y cultural. Enfocándonos en el reconocimiento de estas características heterogéneas que influyen en el “cómo se vive la enfermedad” y la expectativa de vida de la persona con enfermedad.

En esta revisión, se plasmaron los datos más específicos en relación con los factores involucrados en la toma de decisiones de cada persona respecto a la terapia con insulina y se aborda la importancia que debemos dar los médicos a un enfoque integral en beneficio de una mejor calidad de vida para el paciente. Por último, se intenta proponer algunas herramientas descritas en la literatura para facilitar el apego a la terapia en la consulta de primer nivel.

Al cabo de haber empleado todos los recursos necesarios respecto a la información sobre la terapéutica con insulina, los beneficios de su uso, las consecuencias en el retraso al tratamiento con la misma, se consideró investigar sobre las diversas alternativas de fármacos hipoglucemiantes orales que se pueden emplear y muestran resultados benéficos para el paciente.

En nuestro medio se encuentra normalizado el iniciar monoterapia con biguanidas en pacientes con reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, es una práctica tan estigmatizada que en su mayoría de ocasiones solo está enfocada en prescribir la monoterapia y se pasa por alto el tratamiento inicial con el ajuste de hábitos higiénico dietéticos, ya que erróneamente se asume que el paciente no mantendrá una disciplina en esta terapéutica, por lo que siempre el tratamiento farmacológico con monoterapia se envía como primera línea terapéutica. (5,6)

En un escenario farmacológicamente ideal, en el que se prioriza el control glucémico, se escala progresivamente dependiendo si se consideró o no falla al tratamiento, al no considerar el éxito con la monoterapia se continúa con biterapia hasta llegar a un tercer escalón en el que la biterapia se compone de dos hipoglucemiantes orales e insulina. Antes de considerar escalar las terapias farmacológicas se deben tener en cuenta diversos factores respecto a la vida del paciente, ¿Cómo es el entorno en el que se desenvuelve?, ¿Cuáles pueden ser factores limitantes al momento de cambiar o añadir fármacos en su terapia?,

¿Cuáles son sus preferencias respecto a cómo desea vivir y llevar el acompañamiento médico? (6,7,8)

Objetivos de la revisión sistemática

Objetivo general

Conocer los diversos factores en el entorno del paciente que influyen en el rechazo al inicio de la terapia con insulina.

Objetivos específicos

- Identificar el grado de influencia de la red de apoyo del paciente en la toma de decisiones respecto a la terapéutica a elegir para el control de su enfermedad.
- Mostrar las ideas más comunes de la población general con relación al uso de insulina como tratamiento hipoglucemiante.
- Indagar sobre la o las causas que generan el rechazo a la terapia con insulina en las personas que requieren de este recurso farmacológico para alcanzar las metas deseadas en la enfermedad.
- Conocer la opinión que tienen los pacientes del Centro de Salud TIII Dr. Gastón Melo y del consultorio de Huayamilpas en el Proyecto Urbano de Salud sobre la insulina y su aplicación como tratamiento hipoglucemiante.
- Contrastar con información clara y concisa los principales mitos que existen en el paciente con DM2, con relación a la insulina.
- Desarrollar estrategias que permitan al médico de primer nivel, brindar información necesaria y suficiente. Para que sus pacientes puedan tomar decisiones de manera informada, acerca de su salud y sus requerimientos durante la enfermedad. Así como acciones que faciliten el apego a estas terapias y en consecuencia el acompañamiento que se le brinde, mediante la atención médica, que propicie el autocuidado.

Protocolo de la revisión

- Justificación

Una de las grandes problemáticas que aquejan a las personas que padecen DM2 es el inicio de la terapia con insulina, siendo estrictamente necesaria cuando se han agotado los recursos físicos, nutricionales y farmacológicos orales. Sin haber alcanzado las metas en sus niveles de glucemia. Dando paso a los eventos secundarios propios de la glucotoxicidad en los diferentes órganos blanco de esta enfermedad. (2,4)

La diabetes mellitus, es la enfermedad crónico-degenerativa de mayor prevalencia en México. A nivel mundial existen múltiples organizaciones, enfocadas en desarrollar y proveer de información para la práctica clínica con relación al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Los criterios respecto al tratamiento en cualquier fase de la enfermedad son bien conocidos mediante guías de práctica clínica bien difundidas y que son la base de muchos médicos durante la consulta. Sin embargo, existen casos muy específicos en los que estas guías carecen de información precisa, como lo es al momento de iniciar una terapia con insulina. Ya que la desinformación y los mitos asociados a este tratamiento necesario en la diabetes mellitus insulino dependiente, limita su uso. Siendo un reto importante para el personal de salud, el cual puede tener la información más actualizada en el manejo de estas enfermedades crónico-degenerativas, pero carecer de habilidades prácticas y de enseñanza, para promover una terapia fácil, accesible y sostenible en el paciente poco resiliente. (5)

La diabetes mellitus se ha convertido en un importante problema de salud pública tanto a nivel mundial como nacional. Ya que se estima, que el 10.5% de las personas en el mundo padece diabetes, lo que equivale a 536 millones de ellas y para 2045 se prevé que la cifra de personas con este padecimiento sea mayor, con un incremento de hasta el 12.2%, lo que correspondería a 783 millones de personas con este padecimiento. En México, la prevalencia de diabetes mellitus se estimó en un 18.3%, lo cual es un hecho alarmante para un país en desarrollo, cuyos servicios de salud pública son totalmente gratuitos, pero limitados y para una población económicamente activa en la cual, la diabetes es una de las principales causas de discapacidad y ceguera (1,2,4)

Durante la práctica clínica, se puede observar diversas consideraciones respecto al uso de insulina en los pacientes. Ya que muchos refieren temor por presentar pérdida de la agudeza visual, lo cual se relaciona con la escolaridad y el estrato socioeconómico bajos, así como con la falta de información adecuada por parte del personal de salud. A su vez, la dificultad para la adquisición de estos fármacos y otros factores externos, contribuyen al retraso en la insulinización con todas las consecuencias para la salud que esto implica. (2) A pesar de que existe un incremento en el uso de la monoterapia de 11.1 % vs. 6.5 %, esto reportado por datos de ENSANUT 2016 vs 2012, aún existe una fuerte presencia cultural que influye de manera negativa al uso de insulina, lo que impiden un buen apego al tratamiento y el inicio temprano de la terapia para evitar complicaciones a corto, mediano y largo plazo. (3)

Con base en una extensa revisión bibliográfica, se indaga acerca de los principales retos, a los cuales, los médicos de primer nivel se enfrentan en mayor o menor medida durante una consulta de pacientes con DM2, tras la necesidad

del inicio de un manejo con insulina, y algunas medidas que podrían contribuir a la aceptación y apego terapéutico.

- Pregunta de investigación

Con base en este reto terapéutico para beneficio de las personas que requieren tratamiento adyuvante parenteral y/o vía oral combinado o en monoterapia, surge la inquietud por conocer “*¿Cuáles son los principales retos al momento de considerar el inicio de la terapia insulínica, y cómo los factores personales de cada paciente, del médico tratante y de la institución que brinda el servicio se salud influyen en el rechazo a la terapia con insulina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?*”

Población: Adultos mayores que viven con diabetes mellitus tipo 2, sin mejoría a la terapia conservadora y que requieren según criterios establecidos por guías internacionales la aplicación de insulina, para lograr niveles glicémicos óptimos, quienes por diferentes factores externos (sociodemográficos, económicos, desinformación por parte del sector salud, etc.), no desean el inicio de terapia con insulina.

Intervención principal: Se enfoca en el fortalecimiento de la atención centrada en la persona, brindando una valoración integral en cada consulta. Conociendo acerca del entorno socioeconómico y cultural de cada persona y cómo estos influyen directamente en el tipo de tratamiento farmacológico y no farmacológico aceptado, al cual el paciente desea apegarse para el control de su enfermedad. En este caso enfocado en los factores que condicionan el rechazo al inicio de la terapia con insulina.

Comparación: Se comparan entre sí, los 3 factores influyentes en el rechazo a la terapia con insulina; factores personales del paciente, del médico tratante y del instituto que brinda los servicios de salud.

Outcomes: mediante esta revisión sistemática, se espera identificar los principales factores socioeconómicos, culturales, demográficos e informativos, en el primer nivel de atención y salud comunitaria que podrían influir de manera negativa en el paciente, para que decida iniciar una terapia con insulina.

- Descriptores, palabras clave

Palabras clave: Insulina, rechazo, diabetes mellitus, terapia, factores socioeconómicos, factores culturales, automanejo, manejo integral, enfermedad crónico-degenerativa.

- Tipo de reportes a recuperar
 - Revisiones sistemáticas, estudios prospectivos y observacionales.

- Criterios inclusión
 - Revisiones sistemáticas publicadas recientemente, entre diciembre del 2018 hasta diciembre del 2023.
 - Revisiones sistemáticas publicadas en bases de datos internacionales Academic Search Premier, PubMed y MEDLINE.
 - Revisiones sistemáticas que realizaron metaanálisis con temas relacionados a los propósitos de la investigación.
 - Documentos publicados en idioma español e inglés.
 - Estudios realizados en personas que padecen diabetes mellitus tipo 2 sin alguna otra comorbilidad asociada.
 - Estudios realizados en el adulto mayor con DM2, con requerimientos definidos por guías internacionales de inicio de tratamiento insulínico. Los cuales, no desean el uso de esta terapia por distintas causas personales.

- Criterios de exclusión
 - Publicaciones en idiomas distintos al español e inglés.
 - Revisiones sistemáticas enfocadas en el paciente con alguna variante distinta a la diabetes mellitus tipo 2
 - Estudios realizados en población con edades distintas a las establecidas en los criterios de inclusión.
 - Reportes de caso clínico.
 - Revisiones sistemáticas publicadas con una antigüedad mayor a cinco años.
 - Revisiones en pacientes con comorbilidades asociadas a la DM2, complicaciones asociadas a esta enfermedad o motivos físicos justificables que contraindiquen el uso de insulina.

- Estrategia de búsqueda

Se consultaron artículos de revisión sistemática en los idiomas español e inglés.

P/ Diabetes mellitus OR Patients OR Adult btw 45-70 years old.

I/ Refusal insulin therapy OR Health education OR Diabetes mellitus intervention.

C/ Education intervention diabetes mellitus OR Patient care management.

O/ Medication adherence OR Quality of life.

- Ejecución

Búsqueda de artículos científicos; se presenta a continuación las estrategias empleadas para la búsqueda y recopilación de los recursos bibliográficos que sustentan esta revisión sistemática.

Se investigó mediante los descriptores previamente descritos en títulos y resúmenes de fuentes primarias y secundarias en las bases de datos Academic Search Premier, PubMed y MEDLINE. La recolección de información se llevó a cabo del 25

de noviembre del 2023 al 15 de diciembre del mismo año. Divididos en tres periodos de 7 días cada uno: el primero donde se obtuvo una cantidad de 67 artículos científicos de distintas editoriales, con títulos y resúmenes adecuados al propósito de la revisión sistemática; el segundo periodo abarcó el cumplimiento de los criterios de selección (temporalidad con prioridad a los últimos 5 años, relevancia de la hipótesis con el objetivo del proyecto, validez demostrada por una correcta asociación estadística y calidad medida con herramientas proporcionadas por el programa de habilidades en lectura crítica español [CASPe]). Donde se obtuvieron un total de 23 artículos adecuados para la aplicación y redacción de esta revisión.

- Resultados

SITUACIONES RELACIONADAS CON LOS PROFESIONALES DE SALUD

- *Conocimiento incompleto de los esquemas de tratamiento coadyuvante con insulina en pacientes con DM2.*

Roberto L. y colaboradores, describen en su estudio realizado en tres estados de México, la existencia de personal de salud con conocimiento parcial en terapéuticas de introducción temprana de insulina en el paciente con DM2. A su vez refieren haber detectado, un sentimiento de temor por el riesgo potencial de hipoglucemias en sus pacientes, hecho que se exagera mayormente en adultos de la tercera edad y pacientes sin red de apoyo. Por lo que se busca a médicos de segundos niveles de atención para que realicen los cálculos y prescripción de insulina. (11)

Se han publicado distintas guías internacionales, las cuales enfatizan los puntos clave de la prescripción en la DM2, estos conocimientos son difundidos y adaptados a distintos idiomas, por lo que la clave para combatir esta barrera se localiza a la decisión del médico de primer nivel por iniciar esquemas, en la menor proporción posible para evitar eventos adversos, pero que sean suficiente para ver el efecto terapéutico, estableciendo puntos de control reducidos en el tiempo, con intervalos entre consulta cortos, cada vez que se realice modificación en el esquema insulínico. A su vez la información respecto a los síntomas de inicio de una hipoglucemia es bien aceptados en el paciente. Basta con dar la información completa, esclarecer dudas y dar opciones actualmente bien evidenciadas, para combatir esta complicación común. (16,18)

- *Distancia en la comunicación médico-paciente*

Es claro que, en muchas ocasiones, el principal reto del profesional de salud, con los conocimientos más altos y actualizados en su rama, es la capacidad de comunicarse con pacientes que no cuentan con los mismos niveles de educación. El lenguaje utilizado durante la consulta, en algunos casos erra, por ser especializado y técnico. La empatía de muchos médicos a sus pacientes no siempre es suficiente, ocasionando frustración en el paciente y poco deseo de apego a la terapia. (11)

“Los pacientes con diabetes prefieren un modelo de relación con sus médicos en el que los escuchen, empaticen con su situación, comprendan los problemas que implica para ellos el tratamiento, les transmitan ánimo y adapten sus recomendaciones a las circunstancias vitales y emocionales individuales” (Escudero C, et al). Es por ello que un enfoque a la atención centrada en la persona, conociendo las características que describen a cada paciente y sus prioridades en su proceso de salud enfermedad, facilita en gran manera la obtención de resultados en el control de las enfermedades, reduce el estrés de la dinámica en la consulta. Reduciendo la frecuencia de consultas en un paciente que adquiere el control y autocuidado de su enfermedad. (11)

SITUACIONES RELACIONADAS CON EL PACIENTE

➤ Percepción del paciente al uso de insulina

Leyva R y Colaboradores, en una unidad de medicina familiar de México, estudiaron la percepción de los pacientes tras el uso de tratamientos a base de fármacos orales e insulina, recolectando distintos puntos de vista y relacionándolos según la frecuencia en la que se presentaban. Ellos describen que sus pacientes negativizan el uso de insulina, representado como “Un deterioro de la salud del paciente, así como una progresión de la enfermedad”, por lo que esta percepción intrínseca negativa y errónea sobre la evolución de su enfermedad debe ser contrastada con información clara por parte del médico. (13)

Por otro lado, dichos autores describen distintas ideas sobre la dificultad de llevar a cabo un nuevo tratamiento inyectable, que “Afectaría a las actividades y obligaciones diarias del paciente”. Actualmente en el mercado e instituciones públicas de salud se han implementado múltiples formulaciones de insulinas con distintos tiempos de efecto terapéutico y necesidades de aplicación. Los nuevos sistemas de insulinización han impactado de forma positiva en el paciente, ya que las nuevas insulinas de acción prolongada deben aplicarse con intervalos de aproximadamente 24 horas, siendo inclusive más fácil su uso que algunos fármacos orales. El médico de primer nivel debe estar actualizado en el uso de esquemas de insulina y fomentar una dinámica en consulta, en la cual el paciente

conozca de forma sencilla los distintos modelos de tratamiento y elija la mejor opción para sus condiciones. (13)

Algunos de los retos más frecuentes presentados en la práctica clínica, son los mitos populares, relacionados a los cambios fisiológicos que se presentan tras el uso de tratamiento hipoglucemiante en el paciente muy descontrolado. Como se ha descrito, es común la idea de que “la utilización de insulina provoca ceguera”. Un evento poco frecuente en la población. Sin embargo, en literatura actual se ha descrito un déficit parcial de la agudeza totalmente reversible tras el uso de insulina casi inmediato, denominado “Presbicia Insulínica” cambios en la acomodación del cristalino por el desequilibrio osmótico tras la corrección de glucemias en el paciente descontrolado, con reversibilidad en aproximadamente 4 semanas y sin necesidad de correcciones dióptricas. (14)

El “aumento del peso corporal secundario al uso de insulina “es otro factor muy común que obstaculiza su uso. El efecto anabólico de esta hormona es bien conocido, sin embargo, la ganancia de peso corporal no es significativa, por lo que es importante detectar otros causantes de este aumento del peso corporal. (15)

➤ *Costos para la adquisición y mantenimiento de nuevas terapias.*

Jhoana Lorena y colaboradores en su estudio realizado en Perú, describen una incapacidad para la adquisición de estas nuevas terapias, ya que el costo mensual de una dosis diaria promedio de insulina, sumado a el material necesario para la aplicación y otros fármacos hipoglucemiantes orales, sobrepasa el salario mínimo en sus localidades. Impidiendo la posibilidad de prescripción de estos fármacos.

Por otro lado, existe población que refiere incapacidad para el mantenimiento de los procesos de refrigeración de este medicamento, ya que carecen de aparatos de refrigeración que mantengan en condiciones de temperatura específicas.

Algunos pacientes refieren temor por el inicio de estos tratamientos de manera adecuada, “Y que posteriormente por distintas situaciones externas no logren adquirir estos medicamentos, perdiendo el progreso alcanzado hasta la fecha”. (21)

SITUACIONES RELACIONADAS CON LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

Vázquez Felipe y colaboradores en su estudio realizado en México con una muestra de 81 médicos familiares, explican que es menor la frecuencia en la que se presentan las barreras entre las instituciones de salud y los pacientes para la adquisición de suministros médicos. Sin embargo, algunos profesionales de salud aseguran, que la falta de suministros dificulta el apego terapéutico, ya que, esto condiciona cambios constantes en los esquemas de tratamiento, a

los cuales los pacientes acostumbran, por ser efectivos y mantenerlos en control metabólico. Por lo que el constante desabasto y adquisición de diferentes presentaciones farmacológicas, obliga al médico a modificar tratamientos y descontrolar los horarios del paciente. (16)

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS HIPOGLUCEMIANTES EFICACES QUE PUEDEN EMPLEARSE CON BASE EN LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE.

En la actualidad existen diferentes sistemas de salud, de los cuales en el que nos enfocaremos es el método de atención centrada en la persona, ya que a la fecha es uno de los métodos que se ha encontrado tiene mayor eficacia en el acompañamiento de las personas que padecen enfermedades crónicas, ya que este modelo promueve una atención integral desde las preferencias del paciente y lo hace partícipe en la toma de decisiones respecto a la terapéutica nutricional, física y farmacológica a emplear para el control de su enfermedad. (6)

Es importante para las personas que padecen diabetes mellitus que se mantengan informados sobre las distintas terapéuticas coadyuvantes a su tratamiento farmacológico. Juega un papel de suma importancia la dieta, la cual es considerada como piedra angular en la prevención y tratamiento de la diabetes y la resistencia a la insulina. Se ha demostrado que los alimentos consumidos tienen un mejor efecto sobre los niveles de glucosa postprandial y en consecuencia sobre la salud en general, estos resultados son directamente proporcionales con base en la calidad de los alimentos que consume en el paciente en su dieta de cada día y los tiempos establecidos de ayuno, lo cual se puede ver afectado por factores como ayuno prolongado, consumo de alimentos chatarra, estilo de vida sedentaria, estrés, trastornos alimentarios, entre otros influyentes que propician una dieta de mala calidad. (7)

La resistencia a la insulina y en subsecuente el desarrollo de diabetes mellitus se encuentran fuertemente relacionadas con el consumo en exceso de azúcar, frituras y carnes rojas, por el contrario, se ha observado en personas que mantienen una dieta a base de vegetales reducen significativamente el riesgo de desarrollar diabetes mellitus, ya que los vegetales contienen una elevada cantidad de antioxidantes, fibra y nutrientes. La recomendación actual es optar incluir en la rutina diaria una dieta mediterránea, ya que esta se base en alimentos como carne magra, pescado, frutas y vegetales y también se pueden incluir en la dieta los alimentos activadores de sirtuinas, los cuales tienen un mecanismo de acción que detecta energía celular disponible y ajusta el proceso metabólico, si bien se puede encontrar en alimentos como el café, semillas de chía, canela, entre otros, también existe la alternativa farmacológica en suplementos como puede ser una alternativa el “Resveratrol” y es un recurso que se puede considerar en la terapia coadyuvante, ya que la estimulación de

las sirtuinas parece tener beneficios para el paciente en cuanto a su control glucémico. (22, 9)

Respecto a la atención y alternativas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas que podemos ofrecerles a nuestros pacientes, hoy en día tenemos la ventaja de contar con diversas opciones que se adaptan principalmente a su estilo de vida y sean estrategias eficaces en el manejo de pacientes que padecen esta enfermedad crónica. (8)

Hablando de las alternativas farmacológicas en el tratamiento del paciente con diabetes mellitus se considera benéfica la combinación de dos fármacos hipoglucemiantes, alternativa que ha demostrado reducir los niveles de hemoglobina glicosilada y mejorar la condición metabólica del paciente. Un ejemplo de la combinación que ha demostrado un mayor beneficio para los pacientes en cuanto a la de hiperglucemia que no respondió a la monoterapia con metformina es la combinación de esta biguanida con un inhibidor de SGLT2, pudiendo considerarse la dapagliflozina o la presentación farmacológica que se encuentre disponible en el centro de salud. Otro de los fármacos empleados como un agente hipoglucemiante adyuvante son los agonistas de GLP-1 en combinación con la terapia de primera línea. (9)

Si bien se han mencionado diversas alternativas que muestran beneficio como terapéutica adyuvante es importante tener en cuenta que muchas de las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2 requieren una terapia con insulina para obtener metas con respecto a la salud del paciente y prevenir el progreso de la enfermedad, así como complicaciones a corto, mediano y a largo plazo. (23)

- Recomendaciones

El control metabólico en un paciente que vive con enfermedades crónicas, específicamente la Diabetes Mellitus tipo 2, es prioridad en toda consulta de primer nivel de atención. Por lo que el médico debe implementar todas las estrategias adquiridas, para lograr esta meta. El médico tratante debe actualizarse constantemente en temas relacionados al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes de su región. Debe conocer los esquemas de tratamiento más utilizados y difundidos, con énfasis en la práctica clínica. Debe conocer sus obligaciones en cuestión de las enfermedades que debe tratar y los tratamientos que puede prescribir. Es fundamental fomentar un trato respetuoso con una comunicación efectiva médico-paciente, cuidando el lenguaje técnico y buscando cualquier medida a favor de la comunicación y el entendimiento. En la consulta del paciente con enfermedades crónico-degenerativas, es necesario llevar a cabo un manejo integral, en el cual el paciente conozca acerca de su enfermedad y las medidas disponibles para su manejo, participando en las

decisiones respecto a su cuerpo. Por otro lado, el médico debe conocer las condiciones del paciente y sus prioridades. La decisión de una terapéutica debe ser fundamentada, adecuada a las posibilidades y bien conocida por el paciente. Por otra parte el sector salud de cada país debe priorizar estas capacitaciones constantes en los profesionales del ámbito de la salud a los cuales les provee de permisos para ejercer la práctica de la salud.

En la actualidad existen diversas alternativas que se pueden emplear como terapéutica adyuvante y se visto que tienen beneficio en la salud del paciente así como disminución en la curva de hipoglucemias, pero estas alternativas no sustituyen el uso oportuno del tratamiento con insulina, ya que hay pacientes que requerirán de esta terapéutica para lograr metas óptimas en salud y evitar complicaciones y repercusiones en su calidad de vida, por lo que se le debe brindar información clara y concisa acerca de las dudas o inquietudes que pueda tener acerca del tratamiento que se le oferta y como este será el más adecuado para preservar y/o restaurar su salud.

- Conclusiones

La insulina es el tratamiento indicado en la DM2 cuando los fármacos orales no logran el control adecuado de la glucemia. Es claro el efecto beneficioso tras su prescripción por médicos actualizados en su uso. Sin embargo, para el inicio de un tratamiento, es el paciente quien debe tomar la última decisión. Por lo que la comunicación médico-paciente, la información y un manejo integral en el cual, el paciente adquiera un papel importante en las decisiones, debe ser prioridad para el médico. Por otra parte, es el médico quien debe conocer los obstáculos al momento de iniciar una terapia y usar las herramientas disponibles para superar las barreras en el proceso.

- Referencias bibliográficas

1. Gobierno de México [Internet]. En México, 12.4 millones de personas viven con diabetes: México. Secretaria de salud; 2022 [Consultado el 01 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/547-en-mexico-12-4-millones-de-personas-viven-con-diabetes?idiom=es#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20la%20Encuesta%20Nacional,HNH>
2. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes: Washington DC. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2023 [Consultado el 01 de Diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=M%C3%A1s%20del%20095%25%20de%20las,diabetes%20tienen%20diabetes%20tipo%202>

3. Conget I. Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2002 [citado el 10 de diciembre de 2023];55(5):528–38. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-diagnostico-clasificacion-patogenia-diabetes-mellitus-articulo-13031154>
4. Basto Abreu A, López Olmedo N, Rojas Martínez R. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México. *Ensanut 2022. Salud Pública de México* [Internet]. 2023;65(S1):S163–S168. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21149/14832>
5. Ávalos Ayala H, Morfín Macías CJ, Ung Medina EA. Factores socioculturales que intervienen en el rechazo al uso de insulina. *Aten Fam.* 2019;26(2): 58-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.2.68829>
6. Orozco Murillo H, Rosales Domínguez N, Orozco López M. México y el Mundo: un Contraste en la Insulinoterapia. *Revista de Medicina Clínica* [Internet]. 2018;2(3):115–122. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1439883>
7. Tai E Shyong Ytw. Person-Centred Care In Diabetes: What Is It Based On And Does It Work? *The Singapore Family Phisician* [Internet]. 2020;4 6:11–5. Disponible En: <https://doi.org/10.33591/Sfp.46.7.U2>
8. Papakonstantinou E, Oikonomou C, Nychas G, Dimitriadis GD. Effects of Diet, Lifestyle, Chrononutrition and Alternative Dietary Interventions on Postprandial Glycemia and Insulin Resistance. *Nutrients*. 2022; 14(4):823. <https://doi.org/10.3390/nu14040823>
9. Bondy SC, Wu M, Prasad KN. Alternatives to Insulin for the Regulation of Blood Sugar Levels in Type 2 Diabetes. *International Journal of Molecular Sciences*. 2020; 21(21):8302. <https://doi.org/10.3390/ijms21218302>
10. Swapnil P. Borse, Abu Sufiyan Chhipa, Vipin Sharma, Devendra Pratap Singh, Manish Nivsarkar; Management of Type 2 Diabetes: Current Strategies, Unfocussed Aspects, Challenges, and Alternatives. *Med Princ Pract* 14 April 2021; 30 (2): 109–121. <https://doi.org/10.1159/000511002>.
11. Roberto Lagunes, Isaac Galindo. ¿Por qué los médicos no utilizan en forma temprana la insulinización en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?: Un estudio cualitativo en una ciudad mexicana. *Salud Colectiva*. 2017;13(4):693-712. doi: 10.18294/sc.2017.1341
12. Escudero C, Prieto R, Fernández F, March C. La relación médico paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 2: Un estudio cualitativo. *Atención Primaria*. 2019;38(1):8-18
13. Leyva R, Hernández G, Ibarra S, Ibarra T. Percepción de la insulinoterapia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada. *Aten Primaria*. 2018;48(8):543-549. doi: 10.1016/j.aprim.2015.11.005.
14. Sawatha N, Geddie H. Insulin edema associated with newly diagnosed type 1 diabetes and high glycated hemoglobin. *Can J Diabetes*. 2021; 1(1): 571-574.

15. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: *Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care.* 2022; 45 (1): 60–82. doi.org/10.2337/dc22-S005
16. Vázquez Felipe, Lavielle Pilar, Gómez-Díaz Rita, Wachter Niels. Inercia clínica en el tratamiento con insulina en el primer nivel de atención. *Gac. Méd.* 2019; 155 (2): 156-161. doi.org/10.24875/gmm.19004582.
17. Bellary S et al. Type 2 diabetes mellitus in older adults: clinical considerations and management. *Nat Rev Endocrinol.* 2021;17(9):534-548.
18. Buse JB et al. 2019 Update to: Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2020; 43:487-93.
19. Sathyanarayanan A et al. Pharmacotherapy of type 2 diabetes mellitus in frail elderly patients. *Br J Hosp Med (Lond).* 2019;80(11):C162-5.
20. Seidu S, et al. Deintensification in older patients with type 2 diabetes: A systematic review of approaches, rates and outcomes. *Diabetes Obes Metab.* 2019;21(7):1668-1679.
21. Jhoana L, Blanca K, Rosa E, Franco E. Mitos y creencias sobre la insulino terapia en pacientes con Diabetes Mellitus y sus familiares de un hospital del norte de Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2023;40(1):42-50.
22. Swapnil P. Borse, Abu Sufiyan Chhipa, Vipin Sharma, Devendra Pratap Singh, Manish Nivsarkar; Management of Type 2 Diabetes: Current Strategies, Unfocussed Aspects, Challenges, and Alternatives. *Med Princ Pract* 14 April 2021; 30 (2): 109–121. <https://doi.org/10.1159/000511002>
23. Mathew BK, De Roza JG, Liu C, Goh LJ, Ooi CW, Chen E, Poon S, Tang WE. Which Aspect of Patient–Provider Relationship Affects Acceptance and Adherence of Insulin Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus? A Qualitative Study in Primary Care. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2022; 15:235-246 <https://doi.org/10.2147/DMSO.S344607>

CAPÍTULO 5. MÓDULO 3: ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA AUMENTAR EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

5.1 Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social, de acuerdo con los registros del Proyecto Urbano de Salud.

Tabla No. 1

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

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	1	33.33
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023	1	33.33
Recuperados a partir de agosto de 2023	1	33.33
Total	3	100

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

Anterior al mes de agosto de 2023, específicamente en el mes de abril, se incorporó una persona al Proyecto Urbano de Salud para iniciar el seguimiento de sus padecimientos crónicos, los cuales fueron diagnosticados en tres consultas previas a la apertura de expediente y firma de consentimiento informado.

Se reporta una persona de nuevo ingreso en el mes de octubre, quien ya llevaba un seguimiento por medio privado y dado a dificultades económicas dejó de acudir a sus citas, se ingresó al Proyecto Urbano de Salud para continuar su atención médica en el consultorio de Huayamilpas.

En el mes de mayo se pudo recuperar a una persona que recibió atención por parte del proyecto, quien durante el año 2022 acudió en 2 ocasiones, posteriormente se ausentó durante un año y acudió de nueva cuenta al consultorio de Huayamilpas para retomar el seguimiento de control de sus padecimientos crónicos.

Tabla No. 2

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

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Condición de participación	No	%
Activas	52	94.54
No activas	3	5.45
Total	55	100

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

Activos: Durante el año 2023 se tiene registro de 52 personas activas que llevan un seguimiento mensual del control de sus padecimientos crónicos en el consultorio de Huayamilpas. No activas: Se reportan tres personas con inactividad, dos de ellas cuentan con seguridad social y continúan su atención médica en su centro de salud, una de ellas tiene seguro por parte del ISSSTE.

Tabla No.3

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

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	0	0
Cambio de institución que le atiende	2	66.66
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	0	0
Falleció	0	0
Otro motivo	1	33.33
Se ignora	0	0
Total	3	100

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

Una de las personas que se reporta inactiva es una mujer que acudió a solicitar baja voluntaria del proyecto ya que se mudaría a otra ciudad, agregó que recibirá atención médica en su centro de salud asignado.

Otra mujer solicitó baja del proyecto porque se incorpora nuevamente a recibir atención médica en su derechohabencia del ISSSTE. La tercera causa por inactividad fue un masculino quien fue dado de baja del proyecto por su esposa ya que refiere se le brindará atención médica con mayor cantidad de recursos en su centro de salud.

5.2 Información demográfica:

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo a sexo Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Sexo	No	%
Femenino	44	84.61
Masculino	8	15.38
Otra asignación		0
No hay dato		0
Total	52	100

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

Durante el presente año se brindó atención médica de seguimiento mensual a un total de 52 personas, de las cuales el 84.61% fueron mujeres y el 15.38% fueron hombres. Podemos apreciar una distribución significativamente mayor respecto a que en el consultorio de Huayamilpas acuden a recibir atención médica en su mayoría mujeres, se desconoce la causa de esta variación en la distribución por sexo.

Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo a edad Centro de Salud T. III:

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Edad	No	%
20 – 29 años	1	1.92
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	6	11.53
60 – 69 años	12	23.07
70 – 79 años	14	26.92
80 y más años	19	36.53
Total	52	100

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

Respecto a la distribución por grupo etario, se puede apreciar que en el consultorio de Huayamilpas se brinda mayormente atención médica a adultos mayores, un total de 86.52% que reciben atención por parte del proyecto son mayores de 60 años, esto debido a que el consultorio se encuentra en el interior de la Casa del Adulto Mayor y los usuarios de las actividades recreativas que se ofertan son quienes acuden con más frecuencia al servicio médico.

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo a edad y sexo

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Edad Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 29 años	0	0	1	12.5	1	1.92
30 – 39 años	0	0	0	0	0	0
40 – 49 años	0	0	0	0	0	0
50 – 59 años	6	13.63	0	0	6	11.53
60 – 69 años	10	22.72	2	25	12	23.07
70 – 79 años	13	29.54	1	12.5	14	26.92
80 y más años	15	34.09	4	50	19	36.53
Total	44	100	8	100	52	100

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

De acuerdo con los reportes del año se aprecia la distribución por sexo y grupo etario, en la que sólo el 1.92% fue población menor de 30 años, correspondiente al sexo masculino, el 11.53% corresponde a mujeres entre los 50 y 59 años, el 86.52 restante se distribuyó en el mayor número de población; del 100% de mujeres que se atendieron el 22.72% corresponde al grupo de 60-69 años, 29.54% de 70-79 años y 34.09% +80 años. Respecto al 100% del total de pacientes masculinos se distribuyó de la siguiente manera; 25% de 60-69 años, 12.5% 70-79 años y 50% +80 años.

Nota: Como se puede apreciar en la tabla, en el consultorio de Huayamilpas por parte del proyecto no se atendieron hombres entre 30 y 59 años, respecto a las mujeres, únicamente acuden al servicio médico mayores de 50 años.

5.3 Diagnóstico y seguimiento

Tabla No. 7

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

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

No de consultas	No de pacientes	%
1	1	1.92
2	3	5.76
3	3	5.76
4	6	11.53

5	4	7.69
6	6	13.46
7	8	15.38
8	6	13.46
9	12	23.07
10	1	1.92
11	2	3.84
12 y más	0	0
Total	52	100

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024 Nota: Respecto a la tabla anterior se tiene que el mayor número de consultas que tuvo la mayor parte de la población incorporada al programa 23.07% fueron 9 consultas al año. El máximo de consultas respecto al seguimiento mensual que se brindó fue de 11 consultas y sólo el 3.84% no faltó a ninguna cita.

Tabla No. 8

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

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0
Hipertensión arterial	15	28.84
Diabetes Mellitus tipo 2	4	7.69
Dislipidemia	2	3.84
Obesidad e hipertensión	2	3.84
Obesidad y diabetes	1	1.92
Obesidad y dislipidemia	0	0
Diabetes e hipertensión	7	13.46
Obesidad, hipertensión y diabetes	2	3.84
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	11	21.15
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	8	15.38
Total	52	100

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

Con base en los datos de la tabla se puede reportar que el 24.98% de las personas que reciben atención por parte del proyecto en el consultorio de Huayamilpas padecen obesidad, el 40.37 de las personas cuenta con un sólo diagnóstico de enfermedad crónica y el 34.65% cuenta con más de dos diagnósticos de enfermedad crónica.

Tabla No. 9

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

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Dx Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial	10	22.72	5	62.5	15	28.84
Diabetes Mellitus tipo 2	3	4.54	1	12.5	4	7.69
Dislipidemia	2	4.54	0	0	2	3.84
Obesidad e hipertensión	2	4.54	0	0	2	3.84
Obesidad y diabetes	0	0	1	12.5	1	1.92
Obesidad y dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Diabetes e hipertensión	6	13.63	1	12.5	7	13.46
Obesidad, hipertensión y diabetes	2	4.54	0	0	2	3.84
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	11	25	0	0	11	21.15

Obesidad, hipertensión, y diabetes dislipidemia	8	18.18	0	0	8	15.38
Total		100		100	52	100

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

En la tabla no se reportan hombres con más de dos diagnósticos de enfermedad crónica. Del total de pacientes sólo el 1.92% de los hombres padece obesidad, respecto a las mujeres las cuales el 23.06% padece obesidad y el 75.02% corresponde a mujeres con dos o más diagnósticos de enfermedad crónica.

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

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

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024 Nota: no se reportan pacientes.

Tabla No. 11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión.

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico% de hipertensión arterial
------	--

20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	10	66.66
70 – 79 años	1	6.66
80 y más años	4	26.66
Total	15	100

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024 Nota: Del total de 15 personas con diagnóstico de hipertensión arterial se reporta mayor distribución en la población de 60-69 años con total del 66.66%, el grupo con menor incidencia fue el de 70-79 años con una distribución del 6.66%.

Tabla No. 12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico% de diabetes mellitus tipo 2	
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	3	75
60 – 69 años	1	25
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	4	100

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

La distribución de personas con diagnóstico de diabetes mellitus únicamente se reportó en dos grupos de edad, con un total de 4 personas, de los cuales el 75% corresponde a personas entre 50-59 años y 25% en el grupo de 60-69 años.

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

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

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

Sólo dos personas cuentan con único diagnóstico de dislipidemia, la distribución fue de 50% tanto en grupo de edad de 60-69 años y 70-79 años.

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023–enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

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

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

Sólo dos personas cuentan con único diagnóstico de hipertensión arterial, la distribución fue de 50% tanto en grupo de edad de 60-69 años y 70-79 años.

Tabla No.15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

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

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

Una persona fue reportada con diagnóstico de diabetes mellitus y obesidad, la distribución del 100% se encuentra en el grupo de edad de 20-29 años.

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023–enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

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

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024 Nota: No se reportan pacientes.

Tabla No. 17

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

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

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024 Nota: Con un total de 7 personas la mayor distribución de personas con diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial se encuentra en el grupo etario de 60-69 años.

Tabla No. 18

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

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

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

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024 Nota: Se reportaron dos personas con tres diagnósticos

mencionados en la tabla anterior con una distribución fue de 50% tanto en grupo de edad de 60-69 años y 70-79 años.

Tabla No. 19

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

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico% de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	1	9.09
60 – 69 años	2	18.18
70 – 79 años	6	54.54
80 y más años	2	18.18
Total	11	100

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024 Nota: Un total de 11 personas se reportaron con cuatro de los diagnósticos mencionados en la tabla, 9.09% pertenecientes al grupo etario de 50-59 años, 18.18% de 60-69 años, la mayor cantidad de personas se ubicó en el grupo de 70 a 79 años con un total de 54.54% y el grupo etario de mayores de 80 años representado por un 18.8%.

Tabla No. 20

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

Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico% de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0

40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	1	12.5
60 – 69 años	3	37.5
70 – 79 años	2	25
80 y más años	2	25
Total	8	100

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024 Nota: El mayor porcentaje de pacientes con cuatro de los diagnósticos mencionados fue el grupo de etario de 60-69 años representando un 37.5% de un total de 8 personas, el 50% pertenece a mayores de 70 años y la menor distribución se encontró en personas de 50-59 años con un total del 12.5%

5.4 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 febrero 2023 – enero 2024 Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	25	75.75	25	75.75	25	75.75
Fuera de control	8	24.24	8	24.24	8	24.24
Total	33	100	33	100	33	100

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

Un total de 33 personas cuentan con diagnóstico de diabetes mellitus como diagnóstico único o en conjunto de otras comorbilidades. Del total de personas con este padecimiento el 75.75% de ellas se encontraron con un adecuado control metabólico respecto a sus niveles de glicemia capilar y venosa y tan sólo el 24.24% de ellas no logró metas respecto a estos parámetros cuantificables.

Tabla No. 22

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada

Periodo febrero 2023 – enero 2024 Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Parámetro de	No	%
Control	25	75.75
Fuera de control	8	24.24
Total	33	100

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024 Nota: Un total de 33 personas cuentan con diagnóstico de diabetes mellitus. Del total de personas con este padecimiento el 75.75% de ellas se encontraron con un adecuado control metabólico respecto a sus niveles de glicemia capilar y venosa y tan sólo el 24.24% de ellas no logró metas respecto a estos parámetros cuantificables. La tabla No. 21 se relaciona estrechamente con el control metabólico en comparación con la medición de HbA1c.

Tabla No. 23

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control

Periodo febrero 2023 – enero 2024 Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Parámetro de	No	%
Control	41	91.11
Fuera de control	4	8.88
Total	45	100

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024 Nota: Un total de 45 personas se reportan con padecimiento crónico de hipertensión arterial de las cuales el 91.11% se presentó con cifras de presión arterial en metas para personas con diagnóstico único de hipertensión, con otras comorbilidades agregadas y metas para la edad en personas mayores de 80 años.

Tabla No. 24

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico

Periodo febrero 2023 – enero 2024 Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Parámetro de	No	%
--------------	----	---

Control	20	60.60
Fuera de control	13	39.39
Total	33	100

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

Con un total de 33 pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia se reportan un 60.60% en adecuado control, el 39.39% se reporta en descontrol con niveles séricos de colesterol mayor a 200mg/dL quienes fueron diagnosticados en el segundo trimestre del año del mes de octubre, por lo que se les inició tratamiento farmacológico y ajuste en plan de alimentación, a la espera de nuevo perfil de lípidos para valorar seguimiento.

Tabla No. 25

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

Periodo febrero 2023 – enero 2024 Proyecto Urbano de Salud

Consultorio Huayamilpas, delegación Coyoacán.

Parámetro de	No	%
Control	23	69.69
Fuera de control	10	30.30
Total	33	100

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024 Nota: Con un total de 33 pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia se reporta un 69.69% en adecuado control con valores de triglicéridos menores a 150 mg/dL, el 30.30% se reporta en descontrol, por lo que se les inició tratamiento farmacológico y ajuste en plan de alimentación, a la espera de nuevo perfil de lípidos para valorar seguimiento.

CAPÍTULO 6. ACCIÓN COMUNITARIA

El gran impacto social que tiene el Proyecto Urbano de Salud se debe a la participación y el gran interés que muestra la comunidad a la que se le brinda el servicio de salud, ya que mediante los representantes del consejo asesor de cada uno de los consultorios se ha logrado un diseño muy completo de los carnets, lo cual le facilita a cada uno de los pacientes conocer su situación de salud en cada consulta que recibe. Otro de los proyectos que se llevó a cabo en

colaboración con el consejo asesor fue la elaboración del “Recetario Saludable” y actualmente se está llevando a cabo una estrategia de actividad física, “Mi Cuerpo en Movimiento” mediante la cual se ha valorado a la población de cada consultorio en cuanto a su fuerza, elasticidad y equilibrio, se realizaron las valoraciones físicas de cada rubro mencionado y fue a partir del mes de diciembre, que se inició con los ejercicios físicos los cuales fueron adaptados con alternativas adecuadas para personas que se encuentran con dificultades motrices o en estado de postración, dichos ejercicios fueron proporcionados a la comunidad mediante la difusión por redes sociales en un canal cerrado de YouTube, donde los integrantes del consejo asesor participan mostrando la forma correcta de realizar la rutina de ejercicio, esto con su previa autorización, también se consideró difusión de manera física para las personas que no cuentan con acceso a dispositivos electrónicos. Durante este año, la participación del consejo asesor, el cual se reformó a principios del mes de octubre, tuvo gran impacto en la difusión de la realización de ejercicios físicos, promoviendo hábitos saludables en la comunidad, invitando y creando conciencia de lo importante que es el ejercicio para preservar y mejorar la salud, todo esto mediante pláticas informativas e invitaciones realizadas por vía telefónica.

La participación de la comunidad que se promueve ha generado un impacto positivo en el entorno social, ya que se fortaleció el apoyo mutuo entre personas que comparten características en sus vivencias y en su estado de salud, así como un ambiente empático en el que se busca el bienestar colectivo. Este interés por preservar y promover la salud en su comunidad ha dado como resultado una participación importante de los pobladores respecto a los donativos de medicamentos para que estos puedan ser entregados a quienes lo necesiten.

En el Proyecto Urbano de Salud se tiene especial interés en cada persona y su contexto tanto de salud como social, económico y cultural, es muy valiosa la opinión de cada paciente que acude a recibir atención médica para que con base en las sugerencias de necesidades de nuestros pacientes podamos los médicos pasantes brindarles una atención de calidad. Al escuchar las necesidades personales y colectivas de quienes conforman la comunidad en donde nos

desempeñamos como médicos pasantes, hemos podido generar un ambiente de confianza durante la consulta médica, en donde el paciente tiene una participación activa respecto al seguimiento de la atención integral que se le brinda, y así cada persona puede adaptar el seguimiento de su elección terapéutica a sus necesidades individuales, logrando así un mejor apego al tratamiento y un éxito en sus metas previamente establecidas.

6.1 Concepto y modelos de promoción de la salud

La promoción de la salud es definida por la Carta de Ottawa como un proceso social y político que engloba acciones que permitan el fortalecimiento de capacidades en los individuos y que se orientan a modificar sus condiciones socioeconómicas con el objetivo de lograr un impacto positivo en la salud pública, permitiendo incrementar el control sobre el estado de salud.⁴

La integración de las estrategias implementadas por la promoción de la salud propone un proceso de integración en el que se aborda un modelo holístico el cual permita la resolución de obstáculos bajo un esquema analítico, en el que se identifican áreas como lo son la atención primaria, determinantes sociales de la salud, salud bucal, políticas de salud, salud comunitaria, salud laboral, salud mental, enfermedades crónicas, entre otras áreas las cuales se enfocan en la atención, preservación y propiamente dicho la promoción de la salud y no en el proceso de la enfermedad, así como también se debate el hecho de transformar los estilos de vida y posiciones sociales que privilegian a cierto sector muy limitado en la comunidad, constituye un proceso en el que cada persona tenga la capacidad de concientizar su propia realidad y esta le permita adecuar sus vivencias y comportamientos en beneficio de tener una mejor calidad de vida.⁵

La adecuada promoción de la salud otorga a la población las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida y tener un excelente control sobre su estado de salud mediante ejercicios que promuevan la participación de la comunidad y concientización acerca de la responsabilidad que cada persona tiene sobre su salud.⁶

Para abordar objetivos más específicos acerca de la promoción de la salud es importante mencionar la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la cual hace énfasis en cinco áreas:⁴

- desarrollo de habilidades personales
- reorientación de los servicios de salud
- construir una política de salud pública
- crear entornos de apoyo
- fortalecer la acción comunitaria

La clave que necesitamos direccionar para fomentar una correcta promoción de la salud es el cómo los profesionales de la atención primaria de salud pueden apoyar la autogestión basada en la evidencia y el cómo el proceso de esta autogestión puede integrarse a la práctica clínica como un modelo para ofrecer atención centrada en la persona. En este modelo se sugiere que la participación de los pacientes disminuye la brecha entre los roles que se establecen en modelos de salud tradicional en donde sólo se desempeñaba como receptor de información mediante la prescripción que le indicaba el médico. Se ha visto que la participación de los pacientes ha tenido beneficios en la planificación de sus metas y les permite desarrollar habilidades y actividades que promueven su autocuidado.⁵

6.2 Encuentros de salud

Los encuentros de salud son base importante en el modelo de atención integral centrado en la persona ya que permite una participación en la promoción de la salud para el desarrollo de entornos saludables, capacidades individuales y el fortalecimiento de la acción comunitaria.

La organización de los encuentros por parte de la coordinación de Promoción a la Salud del Proyecto Urbano de Salud se lleva a cabo regularmente dos veces al año a diferencia de los encuentros de secretaría de salud que se llevan a cabo anualmente.

Durante mi año de servicio social participé en un total de 4 encuentros de salud y la 1º reunión de Consejo Asesor posterior a la reintegración de estos. A continuación, desarrollaré cada uno de los eventos y mi rol de participación en cada uno de ellos.

- **9° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas. Una estrategia de desarrollo de capacidades colectivas. Proyecto Urbano de Salud, UAM-X.**

Tema: Estrategias de autocuidado durante la pandemia.

Justificación: Recopilar información de cómo se cuidaron los pacientes durante la pandemia. Posterior a la pandemia por COVID-19 el objetivo de este taller fue reencontrarnos como comunidad e intercambiar experiencias personales de autocuidado que implementaron durante el confinamiento para poder mantener un adecuado control de sus enfermedades crónicas no transmisibles y el impacto social y emocional que tuvo esta emergencia de salud para la comunidad para poder reintegrarse a un nuevo entorno que permita incrementar la salud colectiva.

Organización y preparación: se llevó a cabo el día 26 de enero de 2023, la organización de este primer evento se suscitó antes de que yo me incorporara como médico pasante de este proyecto, por lo que desconozco las estrategias empleadas para la logística que llevaron a cabo, únicamente participe apoyando en el empaquetamiento del snack que se les proporciona a las personas que asisten al evento.

Al llegar las personas a la Velaria se les entregó un gafete con número de mesa para pudieran identificar el grupo al que se incorporarán, dichos grupos estuvieron formados de manera heterogénea con personas que acudían a distintos consultorios de Proyecto Urbano de Salud, el grupo con el que trabajamos estuvo integrado por 8 mujeres mayores de 60 años que reciben atención en los consultorios Huayamilpas, Volcanes y Piloto Culhuacán.

Desarrollo y resultados: El evento comenzó con la bienvenida y presentación de los miembros que nos acompañaban en el presidium, cada uno de ellos dando la bienvenida con un breve discurso. Se prosiguió a presentar el informe de resultados que se obtuvieron con base en el seguimiento y acompañamiento médico que recibieron las personas durante el año 2022 y fueron presentados los resultados obtenidos de las mediciones que se llevaron a cabo durante ese año.

Al inicio del taller el coordinador dio la bienvenida y agradecimiento por la asistencia y procedimos a presentarnos. Quien coordinó la mesa de trabajo explicó la dinámica del tema y las reglas de participación. Los integrantes de los grupos comenzaron a exponer sus experiencias durante el tiempo de confinamiento y posteriormente se llevó a cabo la plenaria, momento en el que con base en la relatoría destaqué los puntos más relevantes que se trabajaron durante el desarrollo del taller. durante el desarrollo del programa se indaga sobre el impacto que tuvo la pandemia por COVID-19 en relación al cuidado de sus padecimientos crónicos y su estado de salud, puesto que se reportaron experiencias distintas en las que hubo quienes lograron metas de reducción de peso ya que durante la pandemia desarrollaron hábitos saludables refiriendo que esto beneficia su sistema inmune y así disminuir las probabilidades de enfermarse por COVID. La contraparte de este resultado fue el grupo de personas que tuvo impacto negativo en su salud por motivos de que no podían acudir a sus citas médicas de seguimiento mensual, pero la principal causa que refirieron como detonante de un descontrol en sus padecimientos crónicos fue la cuestión emocional en la que algunas personas sufrieron la pérdida de un ser querido y/o situación de desempleo, lo que generó el desarrollo de depresión y ansiedad en gran parte de la población durante el periodo de confinamiento.

Relatoría:

1. Datos del taller

Objetivo del taller Recopilar información de cómo se cuidaron los pacientes durante la pandemia	
Hora de inicio: 11:50hrs	Hora de finalización: 12:40 hrs

1. Agenda de la sesión:

Horario de inicio	Actividad
	Bienvenida: 11:50 Presentación: 11:55 Encuadre: 12:00 Taller: 12:05 Cierre: 12:40

2. Descripción detallada de la sesión: (1 de 3)

<i>Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda de la sesión</i> <i>Utilice tantas hojas como sea necesario</i>
--

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

¿Cómo se cuidaron ustedes y su familia durante la pandemia?

Teresa Jacobo Tapia: “bueno yo trabajaba junto con mi esposo, llevábamos 50 años trabajando antes de la pandemia, cuando ésta inició nuestros hijos no nos permitieron seguir trabajando y eso me afectó mucho emocionalmente, ya que yo estaba acostumbrada a trabajar. Procurábamos no salir yo me sentía encerrada, pero en ocasiones debía salir para acarrear los alimentos y cuando regresaba a casa me bañaba y mis hijos me limpiaban de todo para poder entrar. Fue muy duro porque no estaba acostumbrada a estar encerrada antes de la pandemia, estaba acostumbrada a andar de aquí para allá y me iba a mis ejercicios, pero llega la pandemia y me dio depresión, por eso me llevaron a un psicólogo por televisión. Después a mi esposo le dio neumonía y vino mi hija para llevarlo a atender ahí en Huayamilpas. En el hospital lo estuvieron examinando, pero no nos dejaban entrar ni verlo hasta descartar COVID, fue una cosa horrible yo me sentía muy mal, tenía mi marido malo, pero sabía que tenía que seguir adelante. En el tiempo de la pandemia me llaman para decirme que falleció mi hermano pasan los días y también falleció mi sobrino, fallecieron 3 familiares míos, fue muy difícil porque no podíamos visitar a nuestros familiares y tuvimos que dar el pésame por teléfono.

Guillermina Trejo Martínez: “antes de la pandemia yo vivía en Cuautla con mi esposo, pero cuando inició mis hijos me trajeron a la ciudad, yo tenía mucho miedo de la pandemia, no salía absolutamente para nada porque también en la casa de mi hermano se enfermaron y hubo 2 fallecidos, después mi esposo cae, se lo llevan a un hospital y ahí sí tuve que ir al hospital, pero hasta Cuautla, gracias a Dios no me contagié. Mi esposo estuvo una semana en el hospital y nos llamaban seguido pero era para decir que estaba grave, afortunadamente la libró del COVID, pero falleció hace 3 años por un infarto cerebral, yo me puse muy mala, bajé 10 kg, pesaba 54 y baje hasta 44, entonces me empezaron a ver los doctores, me hicieron endoscopia porque tenía una bacteria en el estómago, ya después regresé al trabajo hasta que estuve bien, recuperé los kilos que había perdido, pero estuve con el internista, con el dietista, el cardiólogo, el gastro y hasta la fecha y todo de paga, pero me sigo tratando. Ahorita me mandaron al psiquiatra y ahora me ha dado algo en las venas, así que también voy al angiólogo. A mí que me gusta mucho levantarme temprano e irme a mi trabajo, aunque luego me digan <<ya jubílate>>. Yo estuve casada 52 años y 3 meses, y la verdad me afectó mucho la pérdida de mi esposo, y ahora estoy feliz, pero siempre recuerdo que perdí a mi esposo.

Descripción detallada de la sesión: (2 de 3)

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

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

¿Cómo se cuidaron usted y su familia durante la pandemia?

Virginia Sánchez de la Cruz: “para mí y mi esposo fue muy difícil, tenemos un hijo que nos cuida, pero tiene diabetes y durante la pandemia le dio COVID, yo creí que se me iba a ir mi hijo, no quería dormir ni comer, pero le di mucho suero y fruta, pero quedó muy mal, duró 6 meses enfermo, ahorita ya la libró, pero empieza que le duele la espalda. Pero si nos la vimos duras con él. Cuando fue la pandemia no salíamos. nos cuidábamos mucho, veíamos al doctor y llevábamos nuestro tratamiento, comíamos muchas frutas verdura y tomamos mucha agua y gracias a Dios no nos enfermamos. Cuando nos poníamos malos mi hijo nos inyectaba, pero como estaba enfermo de COVID se metía rápido a su cuarto para no contagiarnos.

Enriqueta Padrón: “estuvo muy fea la pandemia, a mí me tocó que justo el 20 de diciembre llegó mi esposo de trabajar y que no podía respirar. Él trabaja de chofer en el Metrobús y yo pues me encargaba de limpiar absolutamente todo con cloro y con fabuloso. Cuando mi esposo llegaba ya le tenía su ropa lista en la entrada para que se desinfectara y se bañara antes de entrar. Cómo se sentía mal fue al médico, pero le dijeron que era sinusitis y no le pudieron hacer la prueba, después yo me sentía muy cansada y lo achacaba a que me había caído unos días antes, luego mis 2 hijos se empezaron a sentir extraño y fueron a hacerse la prueba y ellos salieron positivos, entonces nos contagiamos todos. A todos nos dio diferente, a mí me dio muchísimo cansancio, yo no me podía parar en la cama y tenía mi saturación en 50 o 55. Mi sobrina como es enfermera nos quería llevar al hospital, ya tenían camas, pero le dije que no, que yo me muero en mi casa. No nos daba hambre, luego nos llevaban comida, pero casi no la comíamos, la guardábamos y de vez en cuando tomábamos porciones chiquitas. Uno de mis hijos fue asintomático y él era el que nos alcanzaba las cosas, pero mi otro hijo sí se puso mal, sentía que le estallaba la cabeza, y les dije <<pues nos vamos a quedar juntos y juntos nos vamos>>. Nos cuidamos hasta la fecha, yo sigo trapeando con todo, con cloro y otras cosas, porque esta enfermedad ya no se va, y si vamos a fiestas debemos tomar nuestras medidas para no exponernos ni exponer a los demás. Si uno se cuida nos cuidamos todos. Ahorita de los pulmones gracias a Dios estoy bien y mi presión todo bien.

María Elena Pérez Sánchez: “yo la viví muy feo y confundida, todo pasó porque a mi vecina la reportaron como desaparecida, y por ahí del 19 de marzo dijeron que encontraron a una persona muerta al lado del edificio, resulta que era mi vecina muerta, la encontraron en una maleta, yo me puse muy muy mal, me dio un ataque de ansiedad que hasta le hablé a locatel para pedir ayuda, pues que al final resultó que la había matado el hijo y un día yo salgo de mi departamento y el hijo de mi vecina estaba abajo, yo tenía miedo de salir, no tanto por la pandemia, sino por el muchacho. Mis hijos se dedicaban a hacer eventos y se quedaron sin trabajo, sin dinero, sin nada. Se fue la primera oleada y para la segunda oleada le da COVID a mi hijo hasta 2 veces, ya para las últimas veces de las olas de COVID me empecé a sentir mal de la garganta, me fui a hacer un estudio y salió negativo, pero mis nietos se enfermaron y ellos sí salieron positivos, entonces mi hijo me decía que yo los había contagiado y yo me sentía culpable. Yo hacía mucho deporte, a mí me gusta mucho salir a caminar, a correr, bailar. Siempre fui muy activa, pero ahorita ya no puedo porque me caí y me fisuré la cadera, perdí muchas de mis capacidades con todo esto de la pandemia, luego también me pongo a pensar que las vacunas que nos pusieron nos dejaron así porque yo perdí

muchas capacidades, pero mientras pueda caminar yo voy a andar activa y seguimos adelante.

3. Propuestas del grupo

Anote las propuestas de las ideas acordadas por el grupo para incluir en el capítulo correspondiente a su taller

Asegúrese de anotar completas cada una de las propuestas

Propuesta de Teresa Jacobo Tapia: “pues debemos seguirnos cuidando, llevando el cubrebocas, lavándonos bien las manos, haciendo bien el aseo y también inculcar a los jóvenes a que se cuiden porque son a los que menos les importa, no se abrigan y no quieren usar el cubrebocas”

Propuesta de Enriqueta Padrón: “debemos seguir lavándonos bien las manos, desinfectando bien la ropa, cuando la vamos a lavar ponerle bicarbonato para que quede bien limpia, sanitizar los zapatos. También debemos traer en nuestras bolsas gel anti bacteria, alcohol, toallas desinfectantes y hacer lo más de limpieza que se pueda en la casa.”

Propuesta de María Elena Pérez Sánchez: “debemos tener una buena alimentación, comer muchas frutas y verduras, hacer mucho ejercicio, ir a caminar. Debemos también estar bien hidratados y no volvernos sedentarios, tampoco comer comida chatarra.”

- ***5° Encuentro de Personas con Enfermedad Crónica; Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas. Jurisdicción Sanitaria: Venustiano Carranza, C.S. T III Beatriz Velasco de Alemán***

Tema: Encontrarnos para cuidarnos

Justificación: Gran parte de la población que no logra una independencia de sus padecimientos crónicos es debida a la falta de confianza, por lo que el objetivo de este taller fue empoderar a las personas para que sepan que tienen la capacidad de desarrollar y fortalecer diversas capacidades que les permitan alcanzar el autocuidado para un control de adecuado de sus enfermedades crónicas no transmisibles y replicar las estrategias aprendidas en su comunidad.

Organización y preparación: Durante las sesiones de diplomado se nos explicó la dinámica de trabajo para la realización de los encuentros de Secretaría de Salud, los médicos pasantes del servicio social de cada Centro de Salud se encargaron de realizaron carteles informativos sobre el evento y de entregar las invitaciones a los pacientes incorporados al programa. Vía correo electrónico se

nos hizo llegar la documentación con la distribución de roles como relator o coordinador del encuentro, así como las guías para la relatoría y coordinación del taller. Un mes antes del encuentro las sesiones de diplomado para capacitarnos y resolver dudas respecto a los grupos de trabajo y temas a abordar.

El quinto encuentro del C.S. T III Beatriz Velasco de Alemán se llevó a cabo el día 20 de junio del 2023 en las instalaciones del mismo centro de salud.

Se inició el evento con una bienvenida y presentación de programa. Se distribuyeron 2 grupos de 10 personas; 2 hombres y 8 mujeres. Se procedió a la presentación de resultados cuantitativos de acuerdo con el control que tuvieron los pacientes sobre sus enfermedades crónicas previo al análisis de mediciones y reportes de estudios de laboratorio.

Se procedió a trabajar en cada grupo estructurado como se mencionó en el párrafo anterior. Se abrió el taller con un agradecimiento por la asistencia y nos identificamos como relatora y coordinadora para continuar trabajando. Cada persona del círculo formado se presentó, expresó el motivo por el cual se incorporó al programa y que le parecía el servicio que se le había estado brindando y el coordinador procedió a explicar la dinámica del taller junto con las reglas de participación y discreción hacia la privacidad de los demás participantes.

Desarrollo y resultados: El tema que decidieron abordar durante el desarrollo del taller fue “Vida afectiva” y aspiraciones sobre su familia. Antes de continuar con la plenaria se dio un espacio de receso en el que por parte del centro de salud se le proporcionó un snack a cada asistente del evento.

Dada la gran inquietud comunitaria respecto al tema que decidieron abordar, “vida afectiva” se mantuvo una participación en el grupo, concluyendo así la importancia de las relaciones interpersonales con sus seres queridos y cómo estas podrían influir en el control de sus padecimientos crónicos dependiendo la red de apoyo que expresaban tener por parte de sus familiares.

Se realizó la plenaria recapitulando y resaltando las principales inquietudes recabadas en cada grupo, así como la participación de algunos integrantes de los grupos respecto a propuestas para mejorar el servicio.

Relatoría:

1. Datos del Taller

Objetivo del taller: Encontrarnos para cuidarnos	
Hora de inicio: 9:40	Hora de finalización: 11:25

2. Agenda del taller:

Horario	Actividad
	Bienvenida: 9:10 Presentación: 9:15 Encuadre: 9: 45 Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones 10:00 Paso 2. Satisfacer necesidades 10: 30 Paso 3. Fortalecer el autocuidado Cierre: 11: 25

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

***Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller
 Utilice tantas hojas como sea necesario
 Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, “Paso 1”)***

Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones
Somos personas que vivimos con enfermedades crónicas, ¿cuáles son nuestras principales aspiraciones respecto a esta situación, vivir con enfermedades crónicas?

Nuestras aspiraciones respecto a:
 Lo personal ___
 Nuestra familia _x_
 Nuestra comunidad ___
 Los servicios de salud ___

Laura Elena: mi experiencia como cuidadora principal de mi hermano y de mi madre me ocasionaron muchas inseguridades muchos miedos y me orillaron a la depresión por lo que una de mis máximas aspiraciones son adquirir hábitos saludables para un mayor beneficio de mi salud, ya que cuando cuidé a mi madre y a mi hermano tuve muchas complicaciones, fue una tarea muy difícil, era un trabajo pesado y en ocasiones no siempre podía ayudarlos. Lo que yo quiero es seguirme cuidando para no enfermar, ya que no quiero ser una carga para mis hijos, aunque por cuestiones de trabajo en ocasiones se me complica tener una buena alimentación ya que yo trabajo limpiando casas y me ha tocado que las personas que me contratan no nos dan un buen trato y no se preocupan por nosotros, de hecho por un tiempo me sentí muy mal de mis ánimos por lo que fui a consulta general y solo me mandaron paracetamol y me decían que no tenía nada, después vine al centro de salud y me empezaron a orientar mejor sobre

mis emociones y yo la verdad me siento muy importante de que haya gente interesada en mi salud, en mi bienestar e incluso he perdido peso de una manera sana cuidando mi alimentación y realizando ejercicio.

Carmen Cruz: yo la verdad estoy encantada con la atención que he recibido aquí en el centro de salud, me ha servido muchísimo, he aprendido a comer de una manera más adecuada, mis niveles de glucosa y de la presión ya se encuentran bien. Yo padecí cáncer de ovario y de cérvix y la verdad es que a veces me frustro muchísimo porque a pesar de que me he empeñado mucho en cuidarme, en cuidar mi alimentación y hacer actividad física siempre me han caído enfermedades muy feas. Me preocupo mucho por mis hijas y trato de promover en casa los buenos hábitos para que se alimenten bien, porque me preocupa muchísimo que mis hijas puedan desarrollar alguna enfermedad.

Juana Rivera: yo sufrí mucho el fallecimiento de mis padres, como yo me dedicaba a cuidarlos, entonces me sentí muy sola y fue cuando mis hermanos me empezaron a motivar a que yo fuera a talleres y a la delegación a hacer actividades de baile. Mi aspiración es conocer gente nueva para poder convivir y seguir realizando mis ejercicios para poder mantenerme sana.

María De Lourdes López: mis mayores aspiraciones viniendo a estos talleres son adquirir conocimientos para yo poder llevar un correcto autocuidado y saber cómo me encuentro, porque a veces desconozco cuando estoy bien o cuando estoy mal de la glucosa y luego me dan el medicamento y no siento nada. Ahorita yo me encuentro bien de salud, me siento bien, pero yo prefiero seguir cuidándome, haciendo ejercicio y comiendo muchas verduras para prevenir cualquier cosa.

Marta Ortega: yo llegué a este centro de salud porque tenía una preocupación muy grande con mi esposo ya que padece déficit cognitivo y los dos hemos luchado juntos para poder estar bien de salud, para sentirnos plenos, contentos y no volver a padecer depresión Me siento muy contenta, muy animada de estar en este encuentro porque me siento acompañada y muy feliz, porque en este centro de salud he recibido una atención excelente y eso me ha permitido seguir Adelante.

Aspiraciones en común

Desarrollar habilidades y conocimientos para el autocuidado

Prevenir el desarrollo de enfermedades

Preservar la salud personal y la de su familia

Mantenerse saludable

Ser autosuficientes

Encontrar un grupo de apoyo convivir y conocer nuevas personas

Sentirse bien emocionalmente

Acompañamiento

Bienestar y empatía

Descripción detallada del taller: (2 de 3)

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

Paso 2. Satisfacer necesidades.

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

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

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

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

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

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

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

	Identificar problemas	Tomar decisiones	Hacer uso de recursos*	Establecer una relación de colaboración con su persona tratante	Acordar metas de tratamiento y evaluar logros
Alimentación					
Actividad física					
Medicamentos u otra forma de tratamiento					
Vida afectiva	X				
Relaciones amorosas (de pareja)					
La familia					
Vida laboral					
Vida social y cultural					
Participación social y política					

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

Paso 2. Satisfacer necesidades.

Vida afectiva

Identificar el problema

Marta Ortega: yo hace un par de años padecí depresión y todo se me juntó porque empecé a notar que mi esposo estaba teniendo comportamientos fuera de lo habitual

y yo no sabía que tenía, entonces decidí pedir ayuda a mi médico ya que yo no podía expresar totalmente lo que mi esposo tenía. Anduvimos buscando muchas alternativas acudíamos a consultas y me decían que no tenía nada, hasta que vine al centro de salud y refirieron a mi esposo en donde le podían hacer unos estudios y cuando me dieron el diagnóstico específico yo sentí mucho alivio, me sentí escuchada y comprendida actualmente mi esposo y yo realizamos varias actividades como baile, caminata y buscamos la forma de mantenernos saludable y de alimentarnos sanamente. Tenemos muy buena comunicación, convivimos mucho y me siento contenta por eso ya que somos el soporte emocional el uno del otro.

María de Los Ángeles: en mi juventud yo trabajé, mucho siempre me consideré una mujer muy autosuficiente, trabajaba desde que amanecía hasta que anocheía y casi poco estaba en casa. Últimamente yo he tenido muchos problemas con mi marido y yo creo que el problema es porque soy una persona muy exigente con la organización, a mí me gusta tener la casa limpia, todo levantado. De tanto que trabajé en mi juventud eso me causó desgaste en mis articulaciones y eso afectó mucho en mi vida íntima, empecé a tener más problemas con mi marido a tal grado que le dije que se fuera de la casa ya que empezó a tener actitudes irrespetuosas y de deslealtad hacia mí. Yo lo que busco es acudir a talleres, a lugares donde pueda convivir con otras personas porque busco afecto, sentirme escuchada y comprendida ya que actualmente, aunque vivo con mis hijas y mis nietas yo siempre me siento sola, vivimos todos juntos pero siempre estoy sola ya que mis hijas tienen actividades con sus hijas y con sus esposos, se van a pasear, se van al cine y yo me he sentido excluida de su vida, me siento en soledad y con falta de atención por parte de mi familia.

Problemas en común

- No se sienten escuchados
- Se sienten incomprendidos

Descripción detallada del taller: (3 de 3)

Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

Paso 3. Fortalecer el autocuidado

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

4. Propuestas del grupo

*Anote las propuestas acordadas por el grupo
Asegúrese de anotar completas cada una de las propuestas*

María de Los Ángeles: yo propongo que en los centros de beneficencia se nos proporcione el medicamento suficiente y adecuado para poder controlar nuestras enfermedades pero que también se tome en cuenta que no nos manden cualquier medicamento, que nos manden tratamientos que no tengan efectos adversos porque muchas veces nos tratan una cosa y nos enferman de otra.

Patricia Pabello: yo considero que, si es importante que nos den los medicamentos suficientes, yo que padezco artritis un buen tiempo no me estuvieron dando mi medicamento y la verdad fue un gasto muy fuerte tener que estar comprando cada mes el tratamiento.

- ***5° Encuentro de Personas con Enfermedad Crónica; Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas. Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac, C.S. T-III San Francisco Tlaltenco***

Tema: Encontrarnos para cuidarnos

Justificación: Gran parte de la población que no logra una independencia de sus padecimientos crónicos es debida a la falta de confianza, por lo que el objetivo de este taller fue empoderar a las personas para que sepan que tienen la capacidad de desarrollar y fortalecer diversas capacidades que les permitan alcanzar el autocuidado para un control de adecuado de sus enfermedades crónicas no transmisibles y replicar las estrategias aprendidas en su comunidad.

Organización y preparación: Durante las sesiones de diplomado se nos explicó la dinámica de trabajo para la realización de los encuentros de Secretaría de Salud, los médicos pasantes del servicio social de cada Centro de Salud se encargaron de realizaron carteles informativos sobre el evento y de entregar las invitaciones a los pacientes incorporados al programa. Vía correo electrónico se nos hizo llegar la documentación con la distribución de roles como relator o coordinador del encuentro, así como las guías para la relatoría y coordinación del taller. Un mes antes del encuentro las sesiones de diplomado para capacitarnos y resolver dudas respecto a los grupos de trabajo y temas a abordar.

El quinto encuentro del C.S. T III San Francisco Tlaltenco se llevó a cabo el día 23/06/2023 en las instalaciones del mismo centro de salud.

Se inició el evento con una bienvenida y presentación de programa. Dado que fue baja la asistencia únicamente se formó un grupo de 7 personas; 4 mujeres y 3 hombres. La organización del evento estuvo cargó de los directivos del centro de salud, antes de iniciar con la presentación le proporcionaron a cada persona un carnet donde se replicaba la tabla una tabla de identificación de problemas y toma de decisiones, en el que también podían escribir sus dudas y propuestas.

Se abrió el evento con la introducción del programa y la presentación de resultados. Se abrió el taller con un agradecimiento por la asistencia y procedimos a presentarnos todos en el equipo de trabajo, como se mencionó anteriormente fue un grupo pequeño por lo que participamos 2 relatores se tenía confirmación de asistencia de 20 personas y se estimaba trabajar con 2 grupos de 10 personas. Cada persona del círculo formado se presentó, expresó el motivo por el cual se incorporó al programa y que le parecía el servicio que se le había estado brindando y el coordinador procedió a explicar la dinámica del taller junto con las reglas de participación y discreción hacia la privacidad de los demás participantes.

Desarrollo y resultados: Al haber trabajado con un sólo grupo la coordinadora del taller dio oportunidad de abordar la mayor parte de temas que fueron de interés para los participantes, éstos ítems fueron los siguientes: medicamentos u otra forma de tratamiento: en este apartado las personas narraron su experiencia respecto a la disciplina que mantienen para poder lograr un adecuado apego a su tratamiento farmacológico y reconociendo la importancia de este en adyuvancia con terapéuticas relacionadas a sus estilos de vida; la familia: hablaron acerca de los sentimientos que les genera poder implementar con sus seres queridos hábitos que los mantengan saludable y les permitan tener una sana convivencia; participación social y política: expresaron su interés acerca de la promoción a la salud y el cómo desearían que el proyecto tuviera un mayor alcance con apoyo del gobierno para que la mayor cantidad de personas posibles pueda recibir el tipo de atención médica centrada en la persona.

Relatoría:

1. Datos del Taller

Objetivo del taller: encontrarnos para cuidarnos

Hora de inicio: 9: 40

Hora de finalización: 12: 50

2. Agenda del taller:

Horario	Actividad
	Bienvenida: 9: 40 Presentación: 9: 50 Encuadre: Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones Paso 2. Satisfacer necesidades Paso 3. Fortalecer el autocuidado Cierre: 12: 50

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

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones

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

Nuestras aspiraciones respecto a:

Lo personal ___

Nuestra familia ___

Nuestra comunidad ___

Los servicios de salud ___

Rubén: mi aspiración es tener un control sistemático de mi enfermedad por ejemplo con la alimentación, ir disminuyendo alimentos que son nocivos poco a poco. Toda mi vida he sido chofer por lo que los alimentos disponibles eran fritangas, refresco, café. Fui adicto a la nicotina hace 25 años. Cuando me detectaron diabetes en CENFES fue hace 12 años con una glucosa de 125. Yo tengo una perspectiva muy positiva pero cuando le detectaron diabetes a mi esposa eso sí me pegó y ya después me diagnosticaron a mí por eso ya no sentí tan feo. Yo no tomaba agua ni me alimentaba bien y ahora mis aspiraciones son tener mis niveles de glucosa en control.

Silvia: yo aspiro a ser una mujer plena, llena de salud, cuidar mi salud con una buena alimentación ya que tengo que sonreírle a la vida. Tal vez no pueda comer tan sano, pero sí puedo mejorar algunos de mis hábitos de alimentación.

Dolores: yo aspiro a poder controlar bien la diabetes o al menos me gustaría estar bien controlada con mi hipertensión para así sentirme mejor.

Pastor: yo aspiro a mejorar el control de mi diabetes e hipertensión y de varias enfermedades que tengo como la próstata, escoliosis y hernia. He estado estresado,

no he dormido bien, he tenido dolores intensos y me recetaron pastillas para la depresión, pero no me sentí mejor. Me he sentido muy ansioso, con muchos miedos. Antes de la pandemia era feliz con mi diabetes y mi hipertensión, pero después de ponerme una guarapeta empezó lo de mi próstata. He tenido mucho estrés, pero ya me estoy ocupando de todo, ya fui al bosque de Tláhuac al de nutrición, para mis hernias fui al Belisario Domínguez y me estoy ocupando para estar bien para mí y para toda mi familia, si uno no está bien no da un servicio de calidad y mi aspiración es atenderme para estar bien de todos mis padecimientos porque tengo un negocio de instrumentos, entonces eso me va a permitir atender mejor a mis clientes.

Familiar

Rubén: yo aspiro a que mis hijos conozcan mi enfermedad y como me cuido para que a su vez ellos aprendan a llevar buenos hábitos. Soy un hombre sano porque las enfermedades que tengo las he controlado. La doctrina y la fe que yo tengo se las he compartido a ellos y gracias a esa doctrina mis hijos están apegados, se dedican a su familia, y quiero que vean en mí un ejemplo de vida, que, aunque estoy enfermo estoy bien y que ninguno de ellos padezca una enfermedad así.

Aurora: tengo hijos que me apoyan en mi enfermedad, mis nietos son lo máximo al igual que mis hijos y mi bisnieta. No tengo con qué pagarle a Dios el regalo que me dio con mis hijos. Tengo un viaje a Los Cabos como cada año, y mi hijo me paga mis viajes gracias a Dios y a mis hijos.

Comunidad y sector salud

Aurora: me gustaría asistir a la consulta para que los médicos vean que uno tiene más interés en atenderse.

Dolores: a mí me gustaría que ustedes sigan así, no que se insensibilicen. Siempre nos han atendido bien y sí hay necesidad de llamarnos la atención eso me hace recapacitar, yo agradezco la atención aquí, la atención se me hace fácil y rápida.

Santanero: en primer lugar, felicito a todos ustedes como médicos porque se interesan en nosotros y ese interés es sincero, como si fueran ustedes nuestras madres. Nosotros tenemos que corresponderle a ese interés, el que ustedes se esfuercen de estar actualizados me da mucho gusto y el gran amor que demuestran para los demás enfermos. Nosotros seguiremos cuidándonos lo más que sea posible, tengo que cuidarme para que yo esté bien.

Rubén: yo creo que este tipo de programas deberían tener más difusión, no solo en la jurisdicción, sino a nivel nacional, porque otros estados de la República carecen de esto. Tenemos que hablarlo para que tenga más difusión y se busque el beneficio colectivo en los estados donde hay gente muy pobre y también haya acceso a estos servicios.

Pastor: me he visto en el seguro y en otros lados que el trato está muy deshumanizado, aquí sentí una atención muy humana que nos preguntan, nos escuchan, se toman su tiempo. Cuando nos invitaron al grupo de crónicos ha sido una situación muy padre. Aquí en el centro de salud me ha gustado el trato, yo pensaba que el servicio era de mala calidad, pero no, sí hay buen trato, solo es cuestión de disponerse, ya que en el

grupo somos 20 y aquí solo estamos 7, algunos tenemos cosas que hacer y otros estamos en la antipatía. Sería buena la difusión, pero el gobierno está en austeridad y a veces no hay medicamento.

Descripción detallada del taller: (2 de 3)

Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

Paso 2. Satisfacer necesidades.

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

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

¿Cuáles son la decisión más importante que necesitamos tomar para resolver ese problema que compartimos?

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

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

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

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

	Identificar problemas	Tomar decisiones	Hacer uso de recursos*	Establecer una relación de colaboración con su persona tratante	Acordar metas de tratamiento y evaluar logros
Alimentación					
Actividad física					
Medicamentos u otra forma de tratamiento	x				
Vida afectiva					
Relaciones amorosas (de pareja)					
La familia	x				
Vida laboral					
Vida social y cultural					
Participación social y política	x				

*Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller
Utilice tantas hojas como sea necesario
Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, "Paso 1")*

Paso 2. Satisfacer necesidades.

Sylvia: yo además de tener mi enfermedad de la hipertensión, a mí se me desarrolló la depresión, entonces para mí lo peor ha sido el ataque de ansiedad. La verdad es que el ataque de ansiedad es una situación bien difícil, es aparte de lo emocional, dolor en las articulaciones, o sea, es muy complicado, entonces este a pesar de todo lo que he pasado por toda esa edad depresión, pues me ha llevado hasta donde estoy ahorita y le doy gracias a la doctora. Tuve dolor de estómago, náuseas, Dolores y para mí eso ha sido peor que mi hipertensión. El grupo me ha ayudado mucho, hago ejercicio, ahora ya puedo salir sola. Yo tengo 5 hijas y por tratar de darle una carrera a mis hijas me olvidé de mí. Mi esposo me decía: tienes que atenderte; y yo no, luego. Llegué a tener hasta 3 trabajos, y ahorita estoy tratando de retomarlo todo. Ahorita me siento muy feliz, porque pues es bonito. Ya estoy a una edad en la que ya me vienen los catorrazos duros, entonces dije: tengo que estar preparada para lo que viene, ¿no?

Santanero: a mí me operaron hace 6 años en el Gea. Pasé un momento desagradable en otra enfermedad por qué me iban a quitar la próstata y tuve miedo al escuchar a otro paciente al que le iban a quitar el testículo porque yo pensaba que todos los pacientes que estaban ahí eran de la próstata, entonces sentí un miedo terrible. A veces me iba yo solito a mis análisis, pero a veces me acompañaba mi esposa. Mi esposa me ayudaba porque me daba valor y fuerza. Mi esposa me explicó que a mí no me iban a quitar el testículo. Ya después cuando me llaman, el doctor me dijo: "¿usted no va a aceptar sangre?", y yo le dije: "no", y él me dijo: "pero por qué", y yo le dije: nosotros somos testigos de Jehová y no aceptamos sangre". Los varones somos muy cobardes y por eso sentí mucho miedo cuando me inyectaron en la rodilla.

Rubén: yo no he sentido miedo, sólo que el mayor temor fue cuando le detectaron la diabetes a mi esposa. Mi temor es que se me disparen mis niveles. Pero con las experiencias aquí, yo disipó los temores con la actividad. Hay gente que le teme a la muerte y le preocupa morir sin realizar todos mis proyectos. El momento más álgido fue cuando le detectaron la diabetes mellitus a mi esposa me dolería perderla.

Pastor: yo he tenido muchos momentos donde he sentido temor cuando empecé con la próstata y empezaron los diagnósticos me asusté. Cuando tenía seguro me pregunté qué me iba a atender primero y la doctora me dijo que podría ser cáncer por eso me espanté mucho, con angustia. Pensé en mis hijas y en mi esposa. Poco a poco fui disipando el temor y fui agarrando el toro por los cuernos, ir tratando todos mis padecimientos, poco a poco fui tomando calma. Empecé a trabajar en ello, encomendándome a mi Dios. Mi hermano me dijo: ¡tranquilo! He ido enfrentándome y ocupándome. Me gustaría ver a mis hijas que se realicen como seres humanos, uno no deja de preocuparse, me gustaría verlas casadas.

Aurora: mi temor más grande fue cuando me enteré que era diabética, porque uno no sabe lo que es la enfermedad, no está uno enterado, entonces uno se va a la voz del pueblo como dicen y la gente empieza a asustarte: "ay no, que te vas a morir, que esto y que el otro, con que la insulina te dejará ciega", entonces pues uno tiene mucho temor, pero mis hermanas, somos bien unidos con mis hermanas. Mi hermana me dijo:

ponte a pensar que tú vas a vivir con esa enfermedad porque ya se va a quedar ahí en tu cuerpo, tienes que vivir con ella y si tú no te enseñas a sobrevivir con esa enfermedad, tú vas a tener muchos problemas. Ella me apoyó y me recomendó informarme sobre qué es la enfermedad. Mi esposo era diabético, él nunca se cuidó, y cuando falleció a mí me detectaron y me hicieron el diagnóstico. Si uno no se cuida, los demás no pueden estarte cuidando. Si alguien nos dice que no tomemos refresco, nos molestamos. A mí me dicen que no tengo semblante de diabética, hay que cuidarse

Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

Paso 3. Fortalecer el autocuidado

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

Rubén: llevar disciplina de cómo me alimento. Yo creo que todos los diabéticos tenemos ansiedad de comer. Encontré un ejercicio benigno que es la bicicleta. Procura tomarme el medicamento a la hora correcta. Quiero ser más sistemático por ejemplo yo digo que desayuno como príncipe, cómo como rey y ceno como mendigo. Mi meta es que tengo sobrepeso y quiero tener un peso normal. También es mi meta tomar más agua.

Elizabeth: quiero tener mi hemoglobina glucosilada más baja. Para sentirme bien conmigo necesito comer bien, estar bien con mi familia.

Sylvia: mis metas son tomar terapia psicológica sobre mi alimentación, bajar la cintura

Aurora: necesito para estar bien conmigo misma, poner atención conmigo misma, con mi cuerpo, mi enfermedad. Mi meta es bajar de peso.

Dolores: es para sentirme bien conmigo misma, necesito disciplinarme en los horarios, en hacer cosas que puede empezar y terminar. A veces se me pasa el horario, postergó a hacer el ejercicio por descansar. Mi meta es investigar si puedo hacer ejercicio un mes después de la cirugía.

Pastor: para sentirme bien yo necesito trabajar mucho con el amor propio, voy a hacer muchas cosas para mí, como hacer rutinas de ejercicio y dieta.

Santanero: para sentirme bien voy a cuidar mi salud, acudiendo a todas mis consultas. Queremos mejorar, pero si no obedecemos, cómo vamos a mejorar. Mi meta es tomar todas las indicaciones médicas. Tomar mi medicamento.

Descripción detallada del taller: (3 de 3) Propuestas del grupo

*Anote las propuestas acordadas por el grupo
Asegúrese de anotar completas cada una de las propuestas*

Silvia: me llevo una bonita experiencia de aprendizaje y voy a llevar a cabo todo lo aprendido.

Pastor: yo me llevo el compromiso de bajar de peso. Me llevo el aprendizaje de todos los compañeros echarle ganas.

Rubén: yo voy a tratar de empatar con todos aprendiendo a escuchar.

Dolores: aparentemente somos adultos, pero estamos como niños porque necesitamos recordatorios. Es importante dedicarles tiempo a estos encuentros para darnos cuenta de que podemos lograr metas.

Santanero: debo saber escuchar, poner en práctica las sugerencias y llevarme el recordatorio de acudir a todas mis consultas.

Aurora: una satisfacción muy bonita es lo que me llevo. Estas pláticas me gustan mucho porque se aprende mucho de sus enfermedades desde la alimentación hasta cómo cuidar mi enfermedad.

Elizabeth: me llevo el aprendizaje de la fortaleza de los demás participantes para echarle ganas a la enfermedad.

- **10° Encuentro de Personas con Enfermedad Crónica; Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas. Proyecto Urbano de Salud, UAM-X**

Tema: Encontrarnos para cuidarnos

Justificación: Fortalecer el componente de acción comunitaria a partir de la organización de pacientes con enfermedad crónica a través de la reintegración de los Consejos Asesores en cada uno de los consultorios del Proyecto Urbano de Salud.

Organización y preparación: la organización se llevó a cabo con un mes previo a la fecha del evento, el cual se realizó el día 7 de septiembre de 2023 con sede en la Velaria de UAM-X. Se nos entregaron invitaciones en físico para hacerlas

llegar a los pacientes incorporados al proyecto, posterior a entregarles las tarjetas de invitación me tuve que contactar con cada persona desde mi teléfono móvil para confirmar asistencia y por parte de los coordinadores del Proyecto Urbano de Salud se realizó la gestión del transporte.

El mismo día del evento nos reunimos en el Parque Ecológico de Huayamilpas a las 9:00a.m. en donde les repartí gafetes con su nombre y número de grupo, posteriormente abordaron el transporte gestionado por parte del Proyecto Urbano de Salud con rumbo a la Universidad Autónoma Metropolitana. De 20 personas que confirmaron asistencia al 10° encuentro sólo acudieron 14, quienes fueron distribuidos en dos grupos de 7 personas cada uno.

Desarrollo y resultados: El evento comenzó con la bienvenida y presentación de los miembros que nos acompañaban en el presidium, cada uno de ellos dando la bienvenida con un breve discurso. Se prosiguió a presentar el informe de resultados que se obtuvieron con base en el seguimiento y acompañamiento médico que recibieron las personas durante el último semestre del año 2022 y el primer semestre del año 2023, fueron presentados los resultados obtenidos de las mediciones que se llevaron en el periodo antes mencionado.

Mi rol de participación en este encuentro fue como coordinador así que inicié la apertura del taller agradeciendo la asistencia de las presentes en el grupo que trabajamos y la persona encargada de la relatoría procedió a presentarse, seguido de que cada una de las pacientes que integró el grupo se presentará.

El objetivo de este encuentro era la reintegración del Consejo Asesor, por lo que di una introducción acerca de cómo funcionan los consejos asesores y los beneficios que aportan para la promoción de la salud, así como un espacio para aclarar dudas acerca de lo que se presentó.

Los resultados en los dos grupos que se trabajaron con las personas que acuden al consultorio de Huayamilpas fueron 1 un voto anulado y 13 votos a favor para de la reintegración del consejo asesor, 6 personas se interesaron en participar como miembros del consejo.

Presentación de resultados cualitativos

¿Qué necesitamos para que la atención médica sea mejor? <i>Qué se dijo...</i>	¿Qué necesitamos para desarrollar el autocuidado? <i>Qué se dijo...</i>
Laura: a mí me gusta la atención en el consultorio siempre ha sido buena, nos explican todo y nos ponen atención	Lourdes: fuerza de voluntad, disciplina e interés
Lourdes: por mí está bien la atención así, no le cambiaría nada.	Carmen: Organizar nuestros tiempos
Patricia: a mí me gusta mucho la atención, llevo años yendo al consultorio y el servicio siempre ha sido muy bueno.	Laura: darnos el tiempo necesario para realizar las actividades que beneficien nuestra salud
Carmen: yo los felicito a ustedes cómo médicos pasantes porque cada uno de los que ha estado en el consultorio demuestran interés y preocupación por nosotros, están al pendiente y se comunican con nosotros para que acudamos a nuestras citas.	Patricia: motivarnos a nosotros mismos y ponerle mucho empeño. No poder excusas, ya que si nos lo proponemos podemos lograrlo.

Encuadre del Consejo Asesor y decisión de reactivación

¿Qué dudas tenemos respecto al Consejo Asesor? <i>Qué se dijo...</i>	¿Consideramos que sí conviene reactivar el Consejo Asesor del Proyecto? <i>Qué se dijo...</i>	¿Qué dificultades observamos para reorganizar los consejos? <i>Qué se dijo...</i>
Lourdes: si aceptamos ¿tenemos que ir en todas las reuniones o sólo puedo acudir una vez?	Carmen: yo fue miembro en el consejo y yo considero que, si debiera abrir otra vez, es muy provechoso para nosotros y aprendemos unos de otros.	Graciela: es difícil porque yo no tengo tiempo, yo tengo que preparar mis clases, doy 4 clases y a mí no me da tiempo.
Patricia: a mí sí me gustaría participar, ¿Nosotros tenemos que organizarnos y aparte va a estar la doctora o sólo nosotros?	Lourdes: yo no puedo participar en el consejo porque tengo que trabajar, pero si apoyo que se reactive. Me gustaría mucho participar, pero no voy a poder acudir constantemente y para participar si se requiere un compromiso y mucha responsabilidad.	Patricia: el tiempo es un obstáculo, pero si nos interesa y nos damos un espacio de 1 h al día por semana yo no tendría ningún problema y a mí sí me interesa participar como miembro.

	Martha: si me gustaría ser miembro, yo me comprometo a acudir a las reuniones y ser participativa	Carmen: las únicas dificultades sin el tiempo y la falta de disposición, ya que nosotros tenemos la gran ventaja de poder reunirnos en el parque de Huayamilpas ahí en la casita.
--	---	---

Encuadre del Consejo Asesor y decisión de reactivación

¿Aceptamos que nuestro consultorio reactive su Consejo Asesor? Participantes, lugar, fecha y hora
Lugar: casa del adulto mayor, parque ecológico de Huayamilpas. Día 05/10/2023 Hora 11:00a.m.
María del Carmen Velázquez Trejo María Luisa Franco Flores
Patricia Gutiérrez Soto
Natalia Acevedo Jiménez
Laura Miranda Ramírez
Martha Alicia Arteaga Villalpando

- **Reunión del Consejo Asesor del Proyecto Urbano de Salud.**

Tema: Mi cuerpo en movimiento

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

Organización y preparación: Durante la primera reunión del consejo asesor posterior a la reintegración de este mismo, se trabajó con la iniciativa del deporte “Mi Cuerpo en Movimiento”, esta reunión se llevó a cabo el día 05 de octubre de 2023. En esta primera sesión se establecieron metas, acuerdos, estrategias y

material para poder difundir la información y llevar a cabo esta iniciativa sobre la actividad física, la cual se llevó a cabo en diferentes fases.

Desarrollo y resultados:

-Primera fase; se llevó a cabo en la primera reunión del consejo el día 05 de octubre del presente año, donde se resolvieron dudas y se explicó la estrategia para la actividad tanto a los miembros del consejo asesor como a los médicos pasantes del servicio social.

-Segunda fase; se proporcionaron carteles y plumones a los miembros del consejo asesor para que pudieran colocarlos en un área visible de su comunidad y las demás personas pudieran expresar de manera escrita que significaba para ellos el movimiento desde la perspectiva si padecían o no alguna enfermedad crónica.

-Tercera fase: los médicos pasantes del servicio social de cada consultorio perteneciente al Proyecto Urbano de Salud recibieron una capacitación teórica sobre la importancia de la actividad física en las personas que padecen enfermedades crónicas y el cómo se beneficiará su salud con la implementación de estas actividades. En dicha capacitación se abordó la importancia de personalizar una rutina de ejercicios la cual se pueda adaptar a las necesidades físicas de cada persona para desarrollar un buen apego al plan de ejercicio y mejores resultados. Se nos capacitó de manera práctica sobre los ejercicios que estaríamos realizando a cada persona para valorar sus capacidades físicas respecto a flexibilidad, fuerza y equilibrio.

-Cuarta fase; se realizó la capacitación práctica a los miembros del consejo asesor de cada consultorio, con la finalidad de que al recibir primero esta capacitación ellos pudieran apoyar a participar en la realización del material digital que se proporciona a sus respectivas comunidades.

-Quinta fase; se realizaron las pruebas físicas para valorar flexibilidad, fuerza y equilibrio a todos los pacientes incorporados a la atención que se les brinda por parte del Proyecto Urbano de Salud.

-Sexta fase: se le aplicó un cuestionario "IPAQ" a cada persona que recibe atención de seguimiento por padecimientos crónicos, en dicho cuestionario se

recopila información sobre el rendimiento físico y actividades de su vida cotidiana, así como cuantas horas permanencia sentados, esto durante la semana previa al realizar el cuestionario.

-Séptima fase; con base en los resultados obtenidos de las pruebas físicas realizadas y la información recopilada en los cuestionarios "IPAQ" se realizó la valoración de cada paciente por parte de la médica Gabriela Bolaños quien se encuentra especializada en el área de medicina del deporte. Con base en esta valoración se crearon dos grupos; Equipo 1: personas que podrán realizar actividad física leve; Equipo 2: personas que podrán realizar actividad física moderada.

-Octava fase: esta última consistió en la ejecución de la actividad, la cual se ha llevado a cabo durante tres días la semana, lunes, miércoles y viernes, la transmisión del canal deportivo se lleva a cabo en vivo en el grupo cerrado de Facebook, se encuentra también disponible en la plataforma de YouTube y se envía de manera digital en formato PDF en el respectivo equipo asignado. Para una mejor experiencia se le proporcionó a cada paciente un tríptico de hidratación y su respectiva bitácora en donde podrá expresar de manera escrita su experiencia después de cada sesión de ejercicios.

Relatoría:

1. Datos del Taller

Objetivo del taller:

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

05 de octubre de 2023

Hora de inicio: 10:00 am

Hora de finalización: 12:30 pm

2. Agenda del taller:

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

3. Descripción detallada del taller: (1 de 2)

Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

Paso 1. Revisión de la propuesta del Plan de trabajo

Hagamos una revisión en conjunto:

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

1. ¿Qué dudas tenemos?

Laura: Pues nada solamente de los carteles, ¿los vamos a pegar nosotros en el consultorio los 2 al mismo tiempo exactamente?, ¿nosotros invitaríamos a los demás compañeritos a escribir para dar su punto de vista o su opinión?, ¿nosotros tendremos que estar diario donde se pusieron los carteles ?.

2. ¿Qué nos parece? ¿Podemos realizarlo?

Carmen: si podemos realizarlo, teniendo la comunicación con nuestros demás compañeros será más sencillo invitarlos a que participen también ellos.

Laura: por medio de la doctora que realicé la invitación a los demás para ponerse a hacer ejercicio físico. Me parece muy bueno que se reciba la capacitación porque a veces no hacemos los ejercicios adecuados o que requiere nuestro cuerpo. La nuestra idea es que se puedan hacer videos ajá para este tipo de vídeos entre nosotros.

Carmen: ¿nuestro papel va a ser de invitar a las personas a participar y hacer los videos? es que considero que está bien que nosotros tengamos esa parte de difundir la información para para el bienestar de nuestra comunidad que se puede decir que es la casita de la tercera edad.

3. ¿Qué modificaciones consideramos pertinentes?

Laura: ninguna, a mí me parece todo bien, sólo se esperó que las personas que invitemos estén dispuestas a participar porque luego no quieren. O podemos pedirle a la doctora que los cité al consultorio, pero les diga que es para otra cosa, porque a lo mejor sólo así se animan a participar.

Carmen: de mi parte yo creo que todo está bien, pero pues tampoco podemos obligar a las demás personas a participar en temas que no sean de su interés. Lo que si vamos a tratar de difundir bien la información para que se animen a participar y yo tengo buena labor de convencimiento.

5. Descripción detallada del taller: (2 de 2)

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

Paso 2. Organización del Consejo Asesor por consultorio

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

+Pegar el cartel en un área visible

+invitar a las personas a que expresen su opinión sobre la importancia del movimiento

+Hacer un grupo de WhatsApp
+Hacer carteles y pegarlos en el parque para que las personas que no tienen WhatsApp también tengan acceso a la información.

2. ¿Cómo lo logramos?

+Siendo constantes
+Teniendo buena disposición
+Mantener la disciplina
+Siendo responsables

3. ¿A qué nos comprometemos?

Laura: yo me comprometo a ser responsable con las actividades que nos asignen como miembros del consejo, a invitar a mi comunidad para que sean conscientes de lo importante que es el ejercicio para nuestro cuerpo y para nuestra salud.

Carmen: yo también, me comprometo a participar activamente como miembro del consejo y hacer invitaciones a mis demás compañeros que les pueda interesar, yo tengo facilidad de palabra entonces si puedo convencer a más gente de que participe.

CAPÍTULO 7. MÓDULO 4: PRÁCTICA CLÍNICA CENTRADA EN LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA. TUTORÍA DE CASOS

Presentación de casos clínicos centrado en la persona:

Durante el desarrollo del módulo 4 las sesiones estuvieron enfocadas realizar un taller para la correcta presentación de los casos clínicos enfocados en una atención centrada en la persona, se nos proporcionó una guía para la elaboración del material de apoyo que se empleaba en cada desarrollo de caso clínico. Los académicos a cargo de diplomado “Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México” nos proporcionaron tutorías para realizar correcciones pertinentes y considerar información valiosa que aumenta la calidad del servicio médico que podemos ofrecer al llegar a la discusión y debate de las estrategias y terapéuticas que más benefician a la persona con enfermedades crónicas.

Conforme se presentaban más cantidad de caso clínicos en cada ponencia preparada por los médicos pasantes se apreciaba notablemente el progreso respecto al enfoque que estábamos desarrollando respecto al estado de salud de nuestros pacientes. Al final de cada sesión se realizaba una retroalimentación

y se abría un debate acerca de las mejores estrategias a emplear para que el acompañamiento médico del paciente le permitiera tener una mejora en su calidad de vida.

El propósito de este taller fue que los médicos pasantes desarrollemos la capacidad para brindar una atención integral, comprendiendo a la persona en su totalidad, considerando con el entorno en el que vive, así como sus relaciones interpersonales para conocer acerca de su red de apoyo.

El objetivo de evolucionar el pensamiento que nos orilla a brindar atención médica enfocada al tratamiento de las enfermedades es un modelo más arcaico que no permite al paciente desarrollar autonomía, por lo que la atención centrada en la persona tiene como propósito favorecer el desarrollo de esta autonomía que les permita un correcto autocuidado y control de sus enfermedades crónicas.

La atención centrada en la persona consta de cuatro componentes que fueron abordados en cada uno de los casos que se presentaron:

- Enfermedad, padecimiento y el estado de salud de la persona: propiamente en una ficha técnica se proporcionaban los datos de identificación y antecedentes de sus padecimientos.
- Reconocimiento de la persona y su entorno: conocer acerca del ambiente en el que se desenvuelve la persona, así como su red de apoyo
- Relación médico paciente: formar una relación de confianza y brindar acompañamiento que le permita a la persona empoderarse respecto a la toma de decisiones informada.
- Intensificar la relación médico paciente

La autonomía en cada persona es un aspecto clave ya que les permite tener la capacidad de llevar el control de su vida, pudiendo identificar y resolver problemas, así como tomar la mejor decisión en cuanto a preferencias de terapéutica y estas decisiones se adapten a su estilo de vida. Las personas con enfermedades crónicas no transmisibles pueden alcanzar esta fortaleza de autonomía siempre y cuando el personal de salud que le brinda acompañamiento haga uso eficiente de los recursos personales del paciente, indagando sobre su

entorno socioeconómico, el cual se encuentra estrechamente relacionado con el apego al tratamiento.

Desarrollar una relación médico-paciente de colaboración reporta beneficios significativos en el control de sus padecimientos crónicos, ya que este impacto positivo de participación de los pacientes en la consulta les permite decidir y fijar metas y objetivos que se adapten a sus preferencias y capacidades, logrando así un mejor apego al tratamiento.

CONCLUSIONES

Para concluir, me es grato mencionar el gran crecimiento personal que tuve realizando mi servicio social en el Proyecto Urbano de Salud, al ser un programa que ha trabajado a lo largo de 30 años para mejorar y seguir innovando la práctica médica respecto al enfoque social. El diplomado "Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto, un enfoque de capacidades" fue un complemento importante que durante cada sesión aprendí nuevas estrategias que llevé a cabo durante mi práctica clínica para poder fortalecer la relación médico paciente y de esta manera brindar una atención integral con base en las necesidades de cada persona.

Mi experiencia trabajando el modelo de atención integral centrado en la persona con pacientes que padecen enfermedades crónicas fue para mí una gran satisfacción ya que al implementar este modelo en la consulta los pacientes pueden darse cuenta de que una enfermedad no te define como persona y pueden lograr la autonomía con un adecuado control de sus enfermedades.

Con la implementación del modelo de atención integral centrado en la persona concluyó que genera un ambiente cómodo que permite a los pacientes empoderarse para poder lograr sus objetivos de salud desarrollando hábitos y entornos saludables.

Durante mi año como médico pasante del servicio social del Proyecto Urbano de Salud aprendí a ver el área médica desde una perspectiva diferente a lo que trabajé en mi año de internado y las prácticas clínicas como estudiante, el enfoque en la persona y el enfoque comunitario que se desarrolló a lo largo del

año en el diplomado me permitirán seguir brindando una atención integral enfocada en la persona para un mayor beneficio de mis pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba-Fuentes MS, Romero ZO. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):780-4. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2565
2. Tai E Shyong YTW. PERSON-CENTRED CARE IN DIABETES: WHAT IS IT BASED ON AND DOES IT WORK? *The Singapore Family Physician* [Internet]. 2020;4 6:11–5. Disponible en: <https://doi.org/10.33591/sfp.46.7.u2>
3. Barr V. J., Robinson S., Marin-Link B. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *HOSPITAL QUARTERLY* [Internet]. 2003; 7:73–82. Disponible en: DOI: [10.12927/hcq.2003.16763](https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763)
4. Ottawa, C. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Salud pública Educ Salud*. 2001; 1(1): 19-22.
5. Franco-Giraldo A. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. *Hacia Promoc. Salud*. 2022; 27(2): 237-254. DOI: 10.17151/hpsal.2022.27.2.17
6. Arroyo HV. Perspectives and challenges of health promotion in Latin America. *Salud Pública Mex* [Internet]. 23 de noviembre de 2022 [citado 21 de diciembre de 2023];64(6, nov-dic):576-8. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/13655>