

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

PROYECTO URBANO DE SALUD: INTERVENCIÓN EN  
ATENCIÓN A LA SALUD CENTRADA EN LA PERSONA  
CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS  
EN EL MOVIMIENTO POPULAR DE PUEBLOS Y  
COLONIAS DEL SUR. INFORME DE SERVICIO SOCIAL

ELABORÓ: GRACIELA HAIDEE ORTEGA MORENO

MATRÍCULA: 2172030743

PROMOCIÓN: 01 FEBRERO 2023 AL 31 ENERO 2024

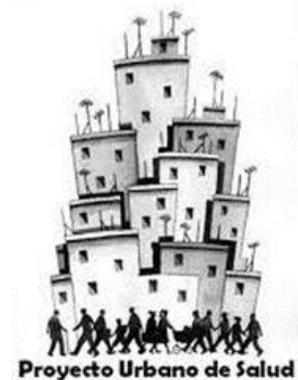
ASESOR INTERNO: VÍCTOR RÍOS CORTÁZAR

ASESORA EXTERNA: ALEJANDRA GASCA GARCÍA

FECHA: 31 DE ENERO DE 2024, CIUDAD DE MÉXICO



Casa abierta al tiempo  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
METROPOLITANA  
Unidad Xochimilco



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
I.    PRESENTACIÓN.....	3
II.   EL CONSULTORIO DEL PUS.....	3
III.  MOVIMIENTO POPULAR DE PUEBLOS Y COLONIAS DEL SUR.....	6
2. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA.....	8
3. DIPLOMADO.....	11
I.    MÓDULO 1. ENSAYO.....	12
II.   MÓDULO 2. REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	25
III.  MÓDULO 3. BALANCE.....	45
IV.   MÓDULO 3. ACCIÓN COMUNITARIA.....	57
a.  PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	57
b.  ENCUENTROS.....	64
i.  9° ENCUENTRO DEL PUS.....	64
ii. ENCUENTRO EN CST III BEATRIZ V. DE ALEMÁN.....	78
iii. ENCUENTRO EN CST III SAN FCO. TLALTENCO.....	97
iv. 10° ENCUENTRO DEL PUS.....	103
V.    MÓDULO 4. TUTORÍA DE CASOS.....	105
4. ACTIVIDADES ADICIONALES AL DIPLOMADO.....	107
I.    ENCUENTRO DE LOS 50 AÑOS DE LUCHA DEL MPPCS.....	107
II.   PAPANICOLAU.....	108
III.  COLOCACIÓN DE OFRENDA.....	108
5. CONCLUSIONES.....	110
6. BIBLIOGRAFÍA.....	112
7. ANEXOS.....	114

# 1. INTRODUCCIÓN

## I. PRESENTACIÓN

El presente documento se elaboró como un compendio de las actividades realizadas durante el servicio social, es una breve descripción de lo realizado durante los doce meses previos. Se incluyen diversos documentos que testifican lo realizado durante la pasantía de servicio social de la licenciatura en Medicina dentro del programa: Proyecto Urbano de Salud (PUS).

El objetivo de este informe es, como su nombre lo dice, informar y presentar una evidencia de lo que realicé en el servicio social, así como también, mostrar los avances obtenidos y los aprendizajes logrados en este ciclo de mi formación académica.

Este informe inicia con una breve descripción del modelo de atención integral centrada en la persona (MAICP) y de cómo la UAM lo ha implementado como propuesta teórico-práctica dentro del diplomado y el servicio social, que se más allá de una propuesta ya es una realidad que es necesaria para lograr satisfacer las necesidades de la población.

En la segunda parte, este informe trata sobre el contenido del diplomado. En este apartado se incluyen los diferentes módulos que integran el diplomado, así como evidencia de los trabajos que elaboré para acreditar el diplomado.

En la tercera parte se presentan las conclusiones de lo aprendido durante el servicio social, especialmente con el modelo de atención integral centrado en la persona. Por último, se encuentra la bibliografía y como anexo algunas fotografías que evidencian la experiencia de servicio social.

## II. EL CONSULTORIO DEL PUS

El consultorio donde realicé el servicio social se encuentra en la Ciudad de México, en la zona semi rural de la alcaldía Tlalpan, el pueblo San Pedro Mártir (SPM). Se

dice semi rural porque ya cuenta con los servicios públicos de urbanidad; sin embargo, es un pueblo que se sigue rigiendo por los usos y costumbres de los habitantes nativos y de sus descendientes. En el México prehispánico, la región de Tlalpan era una tierra firma, pues la zona lacustre iniciaba a partir de Xochimilco y Tláhuac hacia el norte y oriente como se muestra en (Anexo I), lo que facilitó que las personas se dedicaran a la agricultura (1).

El consultorio se formó como parte de la vinculación de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (a través del Proyecto Urbano de Salud) y el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur (MPPCS), de este último se hablará en el próximo subtema. El PUS celebró en 2023, 30 años ininterrumpidos de trabajo comunitario. La vinculación del PUS y el MPPCS, tenía en enero 2023 ya 27 años por lo que en 2024 está cumpliendo 28 años, y desde 1996 se inició el servicio social en SPM con pasantes de medicina, estomatología y enfermería (2).

El consultorio de San Pedro Mártir se encuentra ubicado dentro del Centro Social y Comunitario “Sergio Méndez Arceo”, sobre la calle Laurel No. 140, a un costado del templo católico del pueblo, en el centro del pueblo de San Pedro Mártir (**Anexo II**). Las calles que lo delimitan son Enseñanza por el poniente y la calle Niños Héroes por el oriente; aunque el centro se encuentra a pocos metros de la carretera 95 Federal a Cuernavaca en el km 20.5 y a unos metros de la autopista 95D México-Cuernavaca por el lado oriente del consultorio (**Anexo III**). De acuerdo con Google maps (3), se encuentra en la ubicación 19°16'01.3"N 99°10'00.8"W; es decir, latitud a 19 grados al norte del ecuador, y longitud a 99 grados al oeste del meridiano de Greenwich.

El consultorio de medicina general en el que realicé el servicio social está acompañado de los siguientes consultorios: pediatría (viernes por la tarde), radiología (martes y jueves por las mañanas), estomatología (servicio social), ginecología (por el momento sin servicio), acupuntura (lunes y miércoles por las mañanas), y homeopatía (miércoles por la tarde). El consultorio de servicio social de medicina en el que me desempeñé funciona de lunes a jueves en el turno matutino.

En el consultorio se atiende a los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, algunos de ellos son parte del PUS, otros decidieron no ser parte de este proyecto, pero siguen atendándose en San Pedro Mártir. Otro grupo poblacional de importancia es pediatría, donde los niños y niñas acuden con su familia por certificados médicos y por problemas de salud de primer nivel de atención. También acuden las mujeres en edad reproductiva a consulta y a realizarse el estudio de citología cervical como parte de la prevención secundaria del cáncer cervicouterino. También acuden adultos varones y adultos mayores de ambos sexos por distintas patologías. Por lo que este consultorio, además de atender a pacientes del PUS, también ofrece consulta de medicina general a las personas de esta colonia y colonias aledañas. Atiende a personas con o sin derechohabencia a alguna institución de salud pública (**Anexos IV y V**).

El grupo de pacientes que se atiende en SPM y que son parte del PUS, reciben la atención integral centrada en la persona, ya que se espera que este modelo consiga mejoras en la disminución de complicaciones y mortalidad en las personas que viven con alguna enfermedad crónico-degenerativa no transmisible. La colonia cuenta con un centro de salud, así como varios consultorios independientes que facilita que la afluencia al consultorio sea de 5 a 8 pacientes en promedio al día, por lo que eso ha permitido tener tiempo suficiente para conocer mejor la trayectoria y perspectiva de los pacientes, para planear un tratamiento acorde a las características y aspiraciones de cada paciente.

En este consultorio se atiende a diez pacientes del PUS, quienes acuden a consulta idealmente cada mes, todas del género femenino. Se les toma mediciones antropométricas y biométricas, se interrogan hábitos alimentarios con el recordatorio de 24 horas, se les entrevista para conocer los determinantes sociales de su salud, así como redes sociales de apoyo y áreas de oportunidad en el entorno de las pacientes. Se realiza la nota PSOAP de cada consulta y se otorga un tratamiento basado en acuerdos con las pacientes, quienes juegan un rol activo en la toma de decisiones conjuntas.

### III. MOVIMIENTO POPULAR DE PUEBLOS Y COLONIAS DEL SUR

Esta organización es un movimiento con una profunda labor social que se ha encargado de velar que los derechos de los y las ciudadanas de los pueblos del sur se cumplan. Los principales representantes del MPPCS son la hermana Enriqueta Curiel y el padre Jesús Ramos, quienes desde el siglo pasado han sido líderes de muchas luchas sociales como el derecho a servicios urbanos básicos como el acceso al agua potable, negociación con las autoridades de la tesorería, entre otras (4). En este movimiento se vincula la experiencia política-religiosa de las personas nativas de los pueblos de sur en la alcaldía Tlalpan (1).

En la Ciudad de México, las principales alcaldías que se dedicaban a la agricultura eran Tlalpan y Milpa Alta. No obstante, en el siglo XX, el gobierno expropió terrenos de Tlalpan para construir el club de Golf y el hospital de cardiología. Aún en la década de los setenta, los habitantes seguían dedicándose a la agricultura; fue en ese entonces que el gobierno quería quitarle sus tierras de trabajo a los tlalpenses para construir el colegio militar, los vecinos se oponían tenazmente a perder el sustento para sus familias por lo que decidieron unirse y luchar en 1974. Algunos agricultores se dejaron intimidar y aceptaron la indemnización por lo que abandonaron la lucha; no obstante, otros se negaban a perder sus tierras. Fue así que los militares cercaron a las personas que no querían dejar sus tierras y los sitiaron. Por tanto, vecinos de San Andrés Totoltepec en un acto de solidaridad se unieron para llevar agua, víveres en una cadena humana y ayudar a los hermanos sitiados por los militares. Fue tal la tenacidad y la no renuncia, que los medios evidenciaron el caso y el presidente Luis Echeverría acudió a escuchar las necesidades de los pobladores por lo que se acordó un pago justo por las tierras y reubicación de los pobladores. Fue así como nació el MPPCS. Posteriormente se continuó con la lucha por el suministro de agua y tubería de agua potable, entre otras muchas luchas (5).

El MPPCS se define como un instrumento de lucha que busca satisfacer las necesidades políticas, religiosas, económicas y socioculturales de las personas nativas que viven en los pueblos originarios del sur de la Ciudad de México (6). Este

movimiento cumplió en 2023, 50 años de existencia, por lo que se celebraron las jornadas político-culturales para celebrar tantos años de lucha.

En su búsqueda por asegurar los derechos básicos, el MPPCS mantiene:

- El Centro Social “Sergio Méndez Arceo”
- El Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes”
- La Cocina Popular

El lema del MPPCS es “Vamos a la lucha popular”, ya que se busca que sea la misma comunidad quien dirija la planeación de dichas colonias. También son una organización que busca exigir a las autoridades, que se otorguen los servicios urbanos que son derechos de la población que viven en los pueblos del sur. La unión de las personas que integran el MPPCS, intenta que la carga de trabajo de distribuya entre los integrantes, por lo que esta organización está integrada por habitantes de varias colonias vecinas en el sur de Tlalpan. Se busca eliminar los privilegios y el beneficio de unos cuantos; como ellos mismos dicen: “No se trabaja para sí mismo, sino para el beneficio de toda la comunidad y que los logros y derrotas en la lucha por las necesidades nos pertenecen a todos” (7). Bajo esta visión, la fusión del PUS y del MPPCS trae como consecuencia el bien de la comunidad, al otorgar servicio de medicina general por parte de las y los pasantes.

## 2. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA

El modelo expandido de cuidados crónicos es un modelo de atención a la salud. Es una propuesta para la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas a través de la combinación de estrategias multifacéticas (8).

En el anexo se encuentra el esquema del modelo expandido y la tabla de los componentes del modelo. A continuación, se presentan 3 tablas con cada uno de los componentes de este modelo; en la primera columna el componente, en la segunda la definición (8, 9), la cual fue revisada en las sesiones presenciales del diplomado y cuyos esquemas se encuentran en (Anexos VI y VII) y en la tercera columna los ejemplos de lo que viví en el consultorio de mi servicio social.

Relaciones e interacciones productivas		
COMPONENTE	DEFINICIÓN	EJEMPLO
<b>Paciente informado y activo</b>	Auto explorar e identificar preferencias para el desarrollo de un plan. Identificar motivaciones, opciones y barreras para el cambio	A las pacientes se les brindó información para que conozcan las opciones de tratamiento y la secuencia de este. Por otra parte, ellas pudieron identificar qué las motivaba a realizar cambios en su plan de acción y cuáles eran las barreras para realizar ese cambio. Así tuvieron lo elementos para identificar cuál es el principal problema de salud para ellas y con qué cambios piensan iniciar o con cuáles ya habían iniciado y con cuáles cambios pensaban continuar para mejorar su salud.
<b>Equipo práctico, proactivo y preparado</b>	Enfocarse en el problema más importante para un paciente en específico.	Más allá del problema principal para mí, siempre me importó saber cuál era el principal problema de mi paciente, para no imponerle un tratamiento. Mi labor fue promover en las pacientes el autocuidado; que, a través de mi conocimiento y mi experiencia profesional, yo les ofreciera a ellas la información necesaria

Apoyar al paciente en el autocuidado. Combinar preparación técnica con la experiencia vivida	para que ellas se autocuiden, monitorean su estado de salud y sepan qué hacer en su vida cotidiana. Se ofreció un ambiente cordial en las consultas para que las pacientes tuvieran la confianza de dar opiniones, preguntar dudas; fue a partir de esa relación bidireccional que las pacientes toman decisiones y logran un rol activo en el autocuidado.
---	---

**Resultados: población saludable y proveedores de salud funcionales**

<b>Sistema de salud</b>		
<b>COMPONENTE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>EJEMPLO</b>
<b>Desarrollar habilidades personales para el autocuidado</b>	Mejorar herramientas y capacidades para la salud personal y el bienestar	Tomando en cuenta las necesidades de cada paciente específica, les comuniqué la importancia de alimentarnos bien y tomar el medicamento para saber cuidarnos a nosotras mismas
<b>Reorientar el diseño de prestación de servicios</b>	Ampliar la indicación de apoyar a los individuos y comunidades de una forma más holística	Al dar la consulta, traté no de exigirle a la paciente que baje su presión arterial, sino que trate de invitarla a disfrutar de alimentos vegetales, a jugar con los sabores y texturas de estos alimentos y cómo el consumirlos, le traerá una mejora calidad de vida con una mejor digestión.
<b>Apoyo a la toma de decisiones</b>	Integración de estrategias para facilitar las habilidades de la comunidad para	Aunque la consulta con las pacientes era cada mes, tomando en cuenta las expectativas de las pacientes, yo les proponía estrategias para hacer ejercicio o para una alimentación adecuada según las posibilidades de su entorno, para que ellas

	permanecer saludables	aprendieran a seleccionar opciones saludables de acuerdo con el contexto.
<b>Sistema de información</b>	Crear sistemas de amplias bases de información que incluyan datos de la comunidad más allá del sistema de atención a la salud	Además de registrar los datos biométricos de las pacientes, también es importante conocer y registrar lo que ocurre en el contexto de las pacientes; por ejemplo, conocer el tipo de comunidad donde viven, si es rural o urbano, si cuentan con vehículo particular o si hay suficiente transporte público, todos esos datos registrarlos en el expediente.

<b>Comunidad</b>		
<b>COMPONENTE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>EJEMPLO</b>
<b>Políticas públicas saludables</b>	Desarrollo e implementación de políticas diseñadas para mejorar la salud de las personas	En el consultorio, informé a las pacientes sobre los programas del adulto mayor que ofrece la subdelegación de SPM y el programa de ejercicios en línea de la doctora Gaby Bolaños
<b>Crear entornos saludables</b>	Generación de condiciones de vida y de empleos que sean seguros, estimulantes, satisfactorios y placenteros	Según las necesidades de cada paciente, se buscó que acudan a lugares de esparcimiento donde puedan realizar actividades de su preferencia
<b>Fortalecer acción comunitaria</b>	Trabajar con grupos comunitarios para establecer prioridades y lograr metas que mejoren la salud de la comunidad	Se invitó a las pacientes del PUS a trabajar en equipo para generar propuestas de acción y vinculación más personas que tienen enfermedades crónicas

### 3. DIPLOMADO

El diplomado se llevó a cabo todos los viernes hábiles del año de forma híbrida, se alternaba un viernes presencial y un viernes en línea a través de la plataforma zoom. El esquema de cómo se desarrollaron de forma cronológica los módulos se encuentra en **(Anexo VIII)**. A continuación, se hace una breve descripción del contenido del diplomado, el cual se dividió en cuatro módulos:

Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades. En este módulo se pretende que el alumnado comprenda la importancia de que los pacientes desarrollen capacidades para ser agentes activos del cuidado de su salud, ya que el MAICP plantea un mejor resultado en cuanto a disminución de complicaciones y mejor control en pacientes que tienen una enfermedad crónico-degenerativa y logran desarrollar estas capacidades de autocuidado **(10)**.

Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados. En este módulo se pretende que el alumnado aprenda a discernir entre la mejor evidencia científica; es decir, evidencia más actual, más representativa y que se adapte a las características específicas de cada paciente, tomando en cuenta las capacidades de los pacientes, así como el contexto en el que se desenvuelven **(10)**, así como las redes de apoyo con las que cuentan las y los pacientes, para utilizar esta evidencia en la terapéutica.

Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas. Este módulo pretende que el alumnado desarrolle habilidades para acción participativa para favorecer el autocuidado de las personas y promover así el control de sus padecimientos crónico-degenerativos. También se espera que se realicen encuentros de salud con pacientes para discutir áreas de oportunidad, y se desarrolle un plan de mejora continua, con la participación tanto de pacientes, pasantes **(10)** y coordinadoras del PUS.

Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos. En este módulo se pretende que el alumnado revise casos clínicos

propios o propuestos por la coordinación, para implementar estrategias terapéuticas en los pacientes que son parte del PUS. Se pretende la discusión de los casos presentados de forma grupal, para reflexionar los distintos puntos de vista fundamentados en evidencia clínica y en experiencia por parte de los pasantes, y aterrizados en las diferentes características de cada persona que atendemos **(10)**.

A continuación, se presentan los subtemas de cada uno de los módulos. En cada rubro, se presenta la evidencia del trabajo que se realizó durante el servicio social.

## I. MÓDULO 1. ENSAYO

Los participantes del diplomado elaboramos un ensayo individual sobre lo trabajado en el contenido del módulo 1. A continuación, se presenta el ensayo.

### **Relación médico-paciente en la atención a la salud centrada en la persona con enfermedades crónico-degenerativas**

#### **INTRODUCCIÓN**

Actualmente nuestro país está viviendo importantes cambios demográficos, culturales, económicos y sociales entre otros (Soto-Estrada G, 2016). En las décadas anteriores no había existido una densidad de población joven tan grande que modificara la forma de la pirámide poblacional (Anexo 1), ya que las enfermedades infecciosas, no permitían que algunos niños sobrevivieran a la etapa adolescente; sin embargo, hoy en día es raro o casi imposible que fallezcan niños por infecciones (Soto-Estrada G, 2016). Aunado a esto, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente respecto al siglo pasado. La identidad de género y la inclusión de grupos sociales anteriormente invisibilizados, ha hecho que la dinámica social se modifique. El uso de la tecnología digital ha cambiado la forma en que nos conectamos con los demás, en que nos expresamos y sobre todo, la forma en que accedemos a la información. Las situaciones mencionadas son solo algunos ejemplos de los múltiples cambios que se han dado en las últimas décadas en nuestro país; por lo que valdría reflexionar si las estrategias en salud también requieren un cambio para hacer más eficiente la atención a la salud y que ésta responda a las necesidades de la nueva sociedad mexicana.

Históricamente el modelo hegemónico de la salud ha puesto a los médicos en lo más alto de una jerarquía vertical; mientras que los pacientes, especialmente pacientes que pertenecen a las llamadas minorías sociales por su vulnerabilidad, han estado en lo más bajo de dicha jerarquía vertical. Sin embargo, muchos expertos a nivel internacional han cuestionado este modelo y han hecho propuestas muy valiosas al respecto, como el modelo de atención a la salud centrado en la persona “The Year of Care” que surgió en Reino Unido y posteriormente en Singapur (E-Shyong T, 2020). Este modelo plantea el manejo de los padecimientos crónico-degenerativos desde el punto de vista de la persona, no desde el punto de vista de la enfermedad (Kumar R, 2018). Al tener un enfoque centrado en la persona, esta jerarquía vertical se rompe; pero se plantea un enfoque en el que la relación médico-paciente sea horizontal.

En el presente ensayo se expondrá cuál es la importancia de instaurar el modelo de atención centrada en la persona como parte de nuestra cotidianidad, como parte de nuestro trabajo profesional diario, independientemente del escenario en el que nos encontramos.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general:

Analizar la relación médico-paciente en el modelo de atención centrada en la persona para el autocuidado.

Objetivos específicos:

1. Analizar los factores sociales que influyen en el abordaje de la atención a la salud
2. Describir la necesidad de implementar el modelo de atención a la salud centrada en la persona
3. Describir el abordaje horizontal de la relación-médico paciente en el modelo de atención centrada en la persona

## JUSTIFICACIÓN

En México existe una importante carga de enfermedad crónico-degenerativa. Las condiciones sociodemográficas de nuestro país, entre ellas la pirámide poblacional, en la que la esperanza de vida está aumentando y ahora hay más personas adultas mayores que en otra época (Anexo 1); así como el hecho de que se espera que la gran densidad de población que representan los jóvenes, en unos años será densidad de población de adultos mayores (Soto-Estrada G, 2016). Lo anterior nos invita a desarrollar estrategias para contener la carga de enfermedad, para ofrecer servicios de salud suficientes para responder a las necesidades de la población adulta mayor, teniendo en cuenta que la carga de morbilidad en los adultos mayores se debe a enfermedades crónico-degenerativas y son ellos quienes deben aprender a auto cuidarse (SB, 2019).

Previamente ya se ha cuestionado por qué el modelo de atención a la salud orientada a la enfermedad no ha logrado aumentar el apego de los pacientes a los tratamientos prescritos. Por lo que ahora se tiene la propuesta de que el modelo centrado en la persona sea la respuesta para que los pacientes lleven un mejor control, apego y dominio de la enfermedad crónico-degenerativa al tomar decisiones de su tratamiento (Van de Velde D, 2019). Este supuesto se elabora a partir de que el sistema de salud sería incompetente para poder atender a una densidad de población tan alta con enfermedades crónico-degenerativas si se continúa con el modelo tradicional centrado en la enfermedad. Lo anterior supondría un colapso del sistema de salud mexicano al explotar sus recursos y ser insuficiente para responder a las necesidades de la población.

Como pasante de servicio social en el “Proyecto Urbano de Salud” es muy interesante versar sobre este dilema respecto al enfoque de atención a la salud, puesto que mi formación profesional ha estado plagada de ambigüedades al respecto; por una parte, la insistencia de preservar el modelo centrado en la enfermedad y, por otra parte, la incipiente rebeldía de cuestionar e incluso refutar el modelo hegemónico de la salud, para así, otorgarle mayor protagonismo a la persona o al paciente. Por lo tanto, este

ensayo pretende argumentar por qué el modelo de atención centrado en la persona resulta ser muy beneficioso en el momento que atraviesa nuestro país, así como en los venideros tiempos que prometen una alta demanda de servicios orientados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades crónico-degenerativas

## **DESARROLLO**

### **Transición epidemiológica**

En la historia de la humanidad, las enfermedades que predominaban en los siglos pasados eran enfermedades infecciosas, principales causas de mortalidad. Posteriormente se dio un auge de las enfermedades metabólicas que son resultado de cambios en el estilo de vida (SSA, 2020), así como del incremento en la esperanza de vida. Actualmente y a nivel global, las enfermedades que están surgiendo son las enfermedades crónicas como principal causa de morbilidad y mortalidad (E-Shyong T, 2020). México es un país multicultural, con brechas socioculturales importantes y con una gran desigualdad social lo que hace que nuestro país sea una región de muchos matices, donde convergen individuos y problemáticas muy diferentes entre sí. Por lo que, en nuestro país aún persisten las enfermedades infecciosas, hay un importante auge de enfermedades crónico-degenerativas (SSA, 2020) y se está incrementando la aparición de enfermedades mentales, así como el aumento de mortalidad por accidentes y violencia.

Por ser un país en el que aún existen enfermedades infecciones sobre todo en poblaciones con rezago educativo, poca disponibilidad de recursos básicos como pavimentación de suelo o sistema de agua potable, adecuado manejo de excretas, etc. (Soto-Estrada G, 2016), aún existe morbi-mortalidad por esta causa. Por otra parte, el fácil acceso a alimentos de mala calidad, los cambios en el estilo de vida, la poca accesibilidad a albercas gratuitas o la inseguridad para realizar ejercicio al aire libre, entre

otros factores, hacen que las principales causas de mortalidad en nuestro país se deban a enfermedades metabólicas o sus complicaciones; a diferencia de otros países de primer mundo en los que es muy fácil acceder a una piscina para hacer ejercicio, o países en los que los gobiernos emiten disposiciones oficiales para evitar la venta de alimentos tan excesivamente azucarados, situaciones que no ocurren en México. Por último, hay que mencionar que México es un país que ya vive un incremento de problemáticas como pobreza, discriminación, abandono social, violencia, accidentes, uso y abuso de drogas, ansiedad, depresión, esquizofrenia, etc, que repercuten directamente sobre la salud mental de los individuos, sus familias y su entorno social. Por lo que en nuestro país convergen los tres grandes tipos de enfermedades.

#### **Sistema de atención a la salud centrado en la enfermedad o modelo biomédico**

El sistema de atención a la salud tradicional, o al menos, el que se realizó durante los siglos pasados, se concentraba en abordar la salud de forma dicotómica como un estado de bienestar, versus un estado de enfermedad. Ahora se sabe que el proceso salud-enfermedad es un proceso mucho más dinámico, en donde la salud se puede definir como la habilidad de adaptarnos a nuestro ambiente (Van de Velde D, 2019). Así como en la historia de la humanidad han existido paradigmas, también los han existido en la historia de la medicina. La medicina es una disciplina que responde a las necesidades del momento histórico en el que se desarrolla, parte de los sucesos ocurridos en un momento y un lugar en específico y al mismo tiempo es una influencia o un parteaguas para la conducta de los seres humanos que se desenvuelven en ese momento histórico (Rodríguez MA, 2020). Las personas son más que enfermedades y su contexto social repercutirá en la trayectoria de su enfermedad (Kumar R, 2018). Es así pues que la medicina basada en plantas medicinales y herbolaria de las primeras civilizaciones del mundo moderno se transformó en medicina basada en las creencias mágico-religiosas de la edad media en, por ejemplo.

De esta manera, los principales problemas de salud eran causados por infecciones agudas, por lo que el ejercicio de la medicina se centraba en atacar dicha enfermedad. Así pues, los teóricos de la medicina en la historia se habían centrado en estudiar los padecimientos como enfermedades de un tejido, de un cuerpo, ya que no se tomaba en cuenta cómo es que el individuo padece, vive o siente dicha enfermedad, pues al ser una enfermedad aguda y efímera que, si bien conseguía la cura o la muerte, no duraba tanto tiempo en el individuo, no era un padecimiento crónico. Por eso es comprensible que la medicina adaptada a su tiempo no exigiera un abordaje centrado en la persona, pues el tiempo que la infección duraba en el paciente era relativamente corta, o la misma historia natural de la enfermedad hacía que el abordaje terapéutico se centrara en la enfermedad o en el agente infeccioso, en lugar de centrarse en la persona.

#### **Sistema de atención a la salud centrada en la persona**

Después del análisis supra mencionado, vale reflexionar el momento histórico en el que estamos viviendo. Una época llena de transformaciones en todos los aspectos que envuelven al ser humano: la forma en que nos relacionamos, nos divertimos, nos transportamos, nos alimentamos, e incluso la forma expresamos lo que sentimos. Por lo que históricamente considero que este es un momento ideal para reevaluar cómo estamos brindando servicios de salud, y si ésta es la forma óptima de hacerlo o hay que hacer algún cambio al respecto.

Como ya había mencionado en párrafos anteriores, en este momento histórico, además de los cambios ya mencionados, existe una gran carga de enfermedad por padecimientos crónico-degenerativos, que son situaciones que van a acompañar a las personas durante muchos años (E-Shyong T, 2020), por eso es importante ya no abordar los problemas desde la perspectiva de la enfermedad, sino desde la perspectiva de la persona en donde interactúan factores económicos, sociales y ambientales (Barr VJ, 2003). Como profesionistas de la salud hay que preguntarnos qué podemos hacer frente al devenir de

tantas enfermedades crónico-degenerativas, bien sean metabólicas o mentales. Acaso el sistema de salud está preparado para afrontar esa cantidad de pacientes inminentes, o tendremos que colapsar por un sistema de salud insuficiente.

Una forma de responder a estos cuestionamientos es implementar el modelo de atención a la salud centrado en la persona, en el que se pretende buscar un abordaje terapéutico y de rehabilitación, pero sobre todo preventivo de las enfermedades crónico-degenerativas y sus complicaciones, por medio de la promoción a la salud (Barr VJ, 2003) . En este modelo, al tener un abordaje del padecimiento más personalizado (Tomaselli G, 2020), un abordaje que se adapte a las particularidades de los pacientes, las personas son más proclives a apegarse a este modelo terapéutico y entonces tener un mejor control de su enfermedad. Esto supondría una mayor tasa de éxito en el mantenimiento de una enfermedad con pocas o nulas complicaciones y la disminución de la morbi-mortalidad; así como disminuir el uso de recursos sanitarios, aumentar la satisfacción de los usuarios y mejorar la adherencia a los tratamientos (SB, 2019). Para el paciente este modelo significa aprender a vivir con la enfermedad, sin que ésta sea un obstáculo o un motivo para sentirse excluido o limitado en el entorno social, por el contrario, el padecimiento puede ser una oportunidad y una forma de empoderamiento.

El modelo de atención centrada en la persona es un modelo que facilita a los pacientes tener una mejor adherencia al tratamiento de su padecimiento, ya que este modelo les permite auto cuidarse (Barr VJ, 2003), empoderarse para tomar decisiones y tener un rol activo en el manejo de su enfermedad (Tomaselli G, 2020). Lo anterior supone una mejoría en las tasas de control de la enfermedad, así como la reducción de complicaciones, lo que a largo plazo representa múltiples beneficios descritos a continuación. A nivel macrosocial representa una reducción de gastos en salud, ya que se reducen los gastos que se generan al atender pacientes descontrolados o con complicaciones (Barr VJ, 2003). A nivel micro, se ha descrito que los individuos que tienen un dominio de su padecimiento aprenden a vivir con la enfermedad, lo que les

confiere mayor satisfacción y apego al tratamiento, que a su vez les permite reducir complicaciones o evitar comorbilidades asociadas al padecimiento crónico degenerativo inicial. Parte de la satisfacción de los pacientes es que vivan la enfermedad como si no la tuvieras; es decir, que la enfermedad no les limite o les haga sentirse excluidos.

### **La relación médico-paciente**

En la presentación de este ensayo, ya se hizo una introducción sobre el modelo hegemónico de la salud. El análisis de este modelo no pretende satanizar el ejercicio de la medicina convencional, sino que es una invitación a reflexionar sobre el ejercicio de poder que cada uno de nosotros ejerce desde su propia trinchera. Históricamente el médico ha tenido un lugar privilegiado en la sociedad, debido a la importancia de su conocimiento y su capacidad para la resolución de problemas que afectan nuestra salud (Rodríguez MA, 2020). No obstante, el hecho de tener un lugar bien visto en la sociedad, no nos otorga el poder de imponer nuestro punto de vista frente al de los demás.

A lo largo de la historia, la sociedad se ha debatido en muchas luchas de poder; por lo que esta es una invitación al lector para reflexionar sobre cómo imponemos nuestra forma de pensar a los pacientes, y a todas aquellas personas que tradicionalmente han estado en una situación de vulnerabilidad, ya sea física, económica, de género, o de subordinación en una relación laboral. Qué es lo que incita al ser humano a seguir perpetrando relaciones de poder inequitativas que sólo benefician a una de las partes. Tradicionalmente al médico se le ha otorgado el poder de curar gracias a su conocimiento, lo cual, no necesariamente le da derecho de etiquetar a los pacientes o de imponer tratamientos que a su juicio valen más que la opinión de los pacientes. Por el contrario, respetar los valores de los pacientes y asegurarnos que éstos son parte del plan de cuidados, es un parámetro de atención a la salud de calidad (Kumar R, 2018).

### **Barreras y oportunidades al otorgar servicios de salud**

Las personas que brindamos servicios de salud tenemos un bagaje cultural muy diverso, que tiene raíces del lugar donde nacimos, donde fuimos criados, donde crecimos, de nuestra familia, de nuestra formación académica, de nuestras actividades cotidianas, etc. Es por eso que cada individuo piensa de forma diferente, cada persona tenemos una ideología que nos hace ser únicos. No obstante, hay una serie de ideas o prejuicios en las que nos formamos ideas negativas que son despectivas o no de las demás personas, sin siquiera conocer qué existe detrás de esa persona. Algo tan simple como empezar la consulta presentándonos con el paciente, y hacer que los familiares o acompañantes también se presenten, puede mejorar la comunicación en la atención centrada en la persona (MJ, 2017). A veces desconocemos las reglas básicas de convivencia, pero considero que la universidad es una oportunidad para reflexionar y dialogar sobre el peso que le damos a nuestros propios prejuicios.

Como profesionistas de la salud en la consulta diaria, debemos saber identificar qué es lo que queremos, qué es lo que nos gustaría que sucediera y qué es lo que realmente está pasando. Saber identificar estos pasos, nos va a permitir conducirnos de una forma libre de prejuicios, porque así sabremos discernir muy bien entre lo que pensamos, creemos o nos gustaría que sucediera, pero que no necesariamente coincide con la realidad. Una realidad común también puede ser diferente de la realidad individual de cada persona, por lo que las cosas que yo identifico como un problema, puede ser que los pacientes no lo consideren un problema y viceversa, por eso hay que llegar a acuerdos con los pacientes. Entender las creencias de los pacientes, permite a los médicos apreciar el contexto cultural de la enfermedad (MJ, 2017). Si los profesionistas logramos identificar estas diferencias individuales, podremos actuar con menor sesgo de prejuicio frente a los pacientes. Lo que nos hará atenderlos sí, de una forma personalizada, pero sin la grandísima barrera de imponer una forma de ser a los pacientes o incluso imponerles una etiqueta que sólo está en nuestra mente. De acuerdo

con Tomaselli y colaboradores, debemos tener inteligencia emocional para atender a los pacientes (Tomaselli G, 2020), los médicos debemos reconocer que nuestro trabajo tiene un elemento de “trabajo emocional” (MJ, 2017).

Bajo este tenor, atender pacientes se nos hará una actividad que, alejada de lo engorroso, nos hará enriquecer nuestra experiencia intercambiando vivencias y conocimientos con los pacientes. Además, el fomentar el empoderamiento de los pacientes se favorece la toma de decisiones para que el paciente utilice sus propios recursos y capacidades (Tomaselli G, 2020), directamente nos beneficia a los prestadores de servicios de salud, pues hace que el número de pacientes con complicaciones potencialmente graves para la funcionalidad se vea considerablemente disminuido; es una forma de invertir en la salud de los pacientes. Es una forma de colaborar a la par los pacientes, no por encima de ellos.

### **Barreras y oportunidades al solicitar servicios de salud**

La idealización del personal de salud tiene muchas aristas en la cultura popular, en el imaginario colectivo. Por ejemplo, hay quien ve a las enfermeras como fetiches sexuales, quien las ve como sanadoras, o quien las ve como una figura de autoridad, o como un ser celestial. Así como el personal de salud puede tener muchas formas de pensar, también los pacientes tienen muchas formas de pensar y eso es un rasgo inherente del ser humano. Conocer los miedos y temores de los pacientes puede ayudar a los médicos a entender las prioridades de los pacientes en cuanto al manejo de su padecimiento (MJ, 2017).

Así pues, la idea que tienen los pacientes al acudir por primera vez a consulta puede ser muy variable. Pero este ensayo invita a que los prestadores de servicios de salud generemos un ambiente de respeto en la consulta. Muchas veces, se ejerce violencia o

se genera un ambiente irrespetuoso para imponer poder sobre todo cuando el ser humano siente que pierde el control. Una falta de respeto hacia alguien, no necesariamente indica que la persona en el poder es osada y valiente, sino por el contrario indica que carece de una base sólida en valores. Por otra parte, la comunicación inapropiada, como un discurso duro o abrupto por parte del médico, puede ser devastador para el paciente (MJ, 2017). Por eso, es menester que los médicos como profesionistas de la salud, tomemos una actitud respetuosa frente a los pacientes (Tomaselli G, 2020), independientemente de las ideas que estos tengan del sistema de salud, pues es probable que hayan experimentado previamente situaciones desagradables en la consulta. Y como se mencionó supra, la forma en que experimentamos la realidad no es la misma forma en la que la experimentan los demás; y ambos puntos de vista deben ser respetados, por mucho que no coincidan con nuestra forma de pensar.

La empatía es la capacidad de entender las emociones y la experiencia de los pacientes con su enfermedad, los médicos podemos expresar la empatía verbalmente o con comunicación corporal (MJ, 2017). Generar empatía no debe ser visto como una forma de sacrificio, por el contrario, puede ser vista como una forma de entender a los demás, aunque tengan problemáticas diferentes. La idea es que los pacientes encuentren en la consulta un espacio para expresarse, desenvolverse, expresar sus miedos, necesidades e inquietudes. Si los pacientes logran desenvolverse en la consulta, facilitarán que el médico identifique la problemática e intente llegar junto con el paciente a soluciones y acuerdos que convengan a ambos.

## **CONCLUSIONES**

La relación médico paciente ha sido a lo largo de la historia matizada por la verticalidad del poder, que en su momento pudo traer beneficios ya descritos en cualquier texto. Sin embargo, los tiempos actuales de transformación social, invitan a cambiar este modelo

convencional, puesto que ahora existen otras necesidades. Las personas con enfermedades crónicas requieren de una consulta en la que se establezca una relación horizontal con ellos y ellas. Una relación vertical indicaría un fracaso a largo plazo, pues un paciente que tiene un papel pasivo en la consulta difícilmente logrará involucrarse en el tratamiento y adueñarse de su propio cuidado.

El modelo de atención a la salud centrado en la persona busca que las personas que solicitan el servicio de salud, conozcan su padecimiento, resuelvan sus dudas, conozcan los derechos que tienen como pacientes, así como sus obligaciones. Se busca que los pacientes se conozcan a sí mismos, sepan auto monitorear sus niveles séricos de glucosa, colesterol, etc., porque el padecimiento crónico-degenerativo los va a acompañar el resto de sus vidas; por lo que es importante que los pacientes se vuelvan agentes activos de su enfermedad y sepan qué hacer en caso de que alguno de sus niveles monitoreados esté alterado. Además, los pacientes serían partícipes en la toma de decisiones. Se busca establecer metas y opciones de forma conjunta entre el familiar, el médico y el paciente, además llevar una evaluación constante para asegurar que el plan de cuidado corresponda con las metas del paciente (SB, 2019).

Si un paciente continúa subordinado en una relación vertical respecto al médico, difícilmente se empoderará para cuidar de sí mismo y permanecerá delegando responsabilidades al médico. Será un paciente incapaz de saber qué hacer para prevenir complicaciones de su padecimiento y solo esperará a que llegue el día de su cita para ver qué le dice el médico. Es muy probable que este tipo de relación conlleve a un fracaso en el control metabólico, pues el paciente no logrará aprender a vivir con su padecimiento como si no lo tuviera.

Las reflexiones que me llevaron a hacer este ensayo pretenden que el modelo centrado en la persona sea en mi ejercicio profesional, un modelo instaurado plenamente. Pues considero que seguir imponiendo el poder sobre los pacientes no nos lleva a resultados exitosos, por el contrario, hace que la prevalencia de complicaciones aumente.

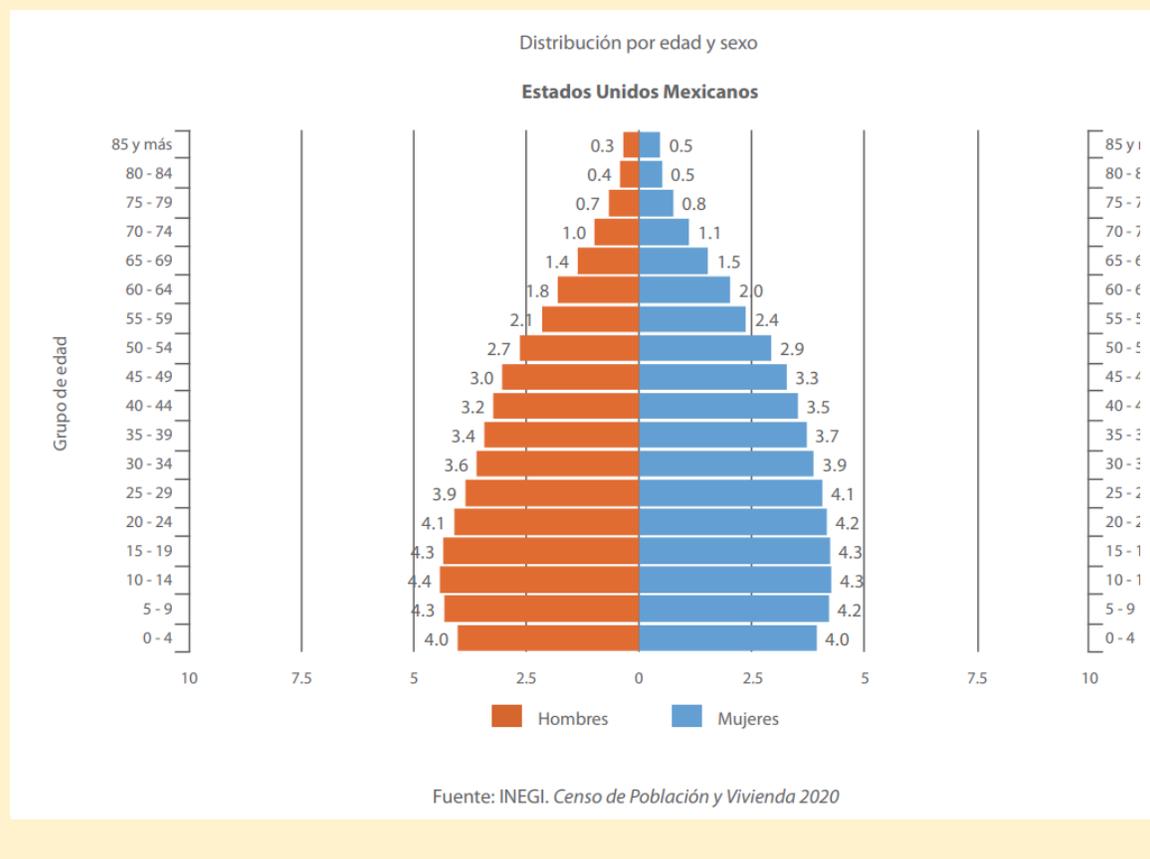
## BIBLIOGRAFÍA:

- Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q.* 2003;7(1):73-82. doi: 10.12927/hcq.2003.16763. PMID: 14674182
- E-Shyong T, Yew TW. Person-Centred Care in Diabetes: What Is It Based On and Does It Work? *The Singapore Family Physician.* 2020;46(7):11-15
- Hashim MJ. Patient-Centered Communication: Basic Skills. *Am Fam Physician.* 2017 Jan 1;95(1):29-34. PMID: 28075109
- Kumar R, Chattu VK. What is in the name? Understanding terminologies of patient-centered, person-centered, and patient-directed care! *J Family Med Prim Care.* 2018 May-Jun;7(3):487-488. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_61\_18. PMID: 30112293; PMCID: PMC6069658
- Rodríguez MA, Echavarría R. La medicina en la historia. México: Ed. Panamericana; 2020
- Soto-Estrada G, Moreno-Altamirano L, Pahua D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* 2016; 6 (59): 8-22
- SSA. Dirección General de Epidemiología. Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, 2020. Disponible en: [panoepid\\_ENT2020.pdf \(salud.gob.mx\)](#) (Barr VJ, 2003)
- Tomaselli G, Buttigieg SC, Rosano A, Cassar M, Grima G. Person-Centered Care From a Relational Ethics Perspective for the Delivery of High Quality and Safe Healthcare: A Scoping Review. *Front Public Health.* 2020 Mar 6;8:44. doi: 10.3389/fpubh.2020.00044. PMID: 32211362; PMCID: PMC7067745 (Kumar R, 2018)

- Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, De Vriendt P. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open*. 2019 Jul 16;9(7):e027775. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027775. PMID: 31315862; PMCID: PMC6661649

## ANEXOS

### Anexo 1. Pirámide poblacional



## II. MÓDULO 2. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Los participantes del diplomado hicimos una revisión sistemática de la mejor evidencia científica disponible, este trabajo se realizó en parejas de pasantes,

quienes escogimos el tema según las necesidades encontradas en nuestros pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. A continuación, se presenta la revisión sistemática que hice en equipo con la médico pasante Sara Bolaños.

## **EN ADULTOS QUE VIVEN CON DM2 ¿EL EJERCICIO AERÓBICO PRESENTA MEJORES RESULTADOS EN EL CONTROL GLUCÉMICO EN COMPARACIÓN CON EL EJERCICIO DE RESISTENCIA?**

### **INTRODUCCIÓN**

Esta revisión sistemática, se realizó como parte del Diplomado de Atención Integral Centrado en la Persona que es paralelo al servicio social de la licenciatura en medicina. Escoger el tema de investigación fue difícil, pues el entorno de los pacientes es muy amplio y con muchas aristas; sin embargo, observando las características de la población que atendemos y las áreas de oportunidad que tenemos los médicos y prestadores de servicios de salud, fue que se decidió analizar la información disponible acerca de la actividad física y el impacto en su salud en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Es importante realizar una revisión sistemática al respecto, pues al llegar a acuerdos con los pacientes de manera conjunta, los prestadores de salud debemos estar informados de cuál es la mejor evidencia científica disponible respecto a la prescripción de actividad física (de resistencia o aeróbica), es nuestra responsabilidad como médicos de primer contacto en la atención de padecimientos crónico-degenerativos.

El interés para realizar una revisión acerca de la comparación entre estos dos tipos de ejercicio y su impacto en el control glucémico de los pacientes que viven con Diabetes Mellitus 2 surge a partir de la búsqueda actual que se desarrolla en el Proyecto Urbano de Salud con apoyo de los consejos asesores para llevar a cabo diferentes tipos de ejercicios y actividad física para apoyar a su autocuidado y el control de las enfermedades crónicas con las que viven. Decidimos hacer una revisión particular en pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) ya que gran parte de la población que acude tanto al consultorio de Volcanes como San Pedro Mártir viven con este diagnóstico, decidimos enfocar la búsqueda en adultos de manera más generalizada y de ambos sexos, para no limitar nuestro acceso a diferentes fuentes y debido a que en los Consultorios del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur la población no sólo se caracteriza por contar con adultos mayores, sino también con adultos entre los 30 y 60 años.

Así mismo deseamos identificar cual es el tipo de ejercicio más adecuado para su grupo de edad, condiciones como el IMC con el que cuentan y cuál de estos ejercicios que se comparan cuenta con mejores resultados para la disminuir la hemoglobina glucosilada y los niveles de glucosa en sangre.

A continuación, se abordarán los objetivos que se buscan lograr en el presente trabajo de revisión. Este documento contiene la pregunta de investigación, la cual surgió a partir de las necesidades observadas en la consulta brindada, a los pacientes del Proyecto Urbano de Salud (PUS), así como lo observado en los consejos asesores. Posteriormente se hace una descripción del protocolo, así como los métodos utilizados para seleccionar la mejor evidencia disponible que responda a la pregunta de investigación. Después se presentan los resultados obtenidos después de la revisión sistemática. Por último, se exponen algunas recomendaciones y conclusiones respecto a esta investigación.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

El objetivo de esta revisión sistemática es seleccionar la mejor evidencia científica disponible respecto al control glucémico al realizar ejercicio aeróbico en comparación con realizar ejercicio de resistencia en adultos que viven con DM2.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Realizar una búsqueda digital de artículos con solidez científica en bases de datos bibliográficas computarizadas o metabuscadores cuyo título versa sobre los efectos en el control glucémico y su relación con ejercicio aeróbico o de resistencia.
- Revisar las palabras clave y los resúmenes de todos los artículos encontrados en dichas bases de datos.
- Seleccionar los artículos que versen sobre el tema de interés, y que cuenten con los criterios de inclusión.
- Leer de forma crítica los artículos seleccionados y recopilar la mayor información posible con solidez científica.
- Analizar la información encontrada sobre el ejercicio de resistencia en comparación con el ejercicio aeróbico en el control glucémico de pacientes con diabetes mellitus 2
- Sintetizar la mejor evidencia científica disponible y elaborar recomendaciones respecto a la información encontrada que sirva para la mejora de la práctica clínica.
- Realizar conclusiones de este trabajo a partir de la revisión sistemática realizada.

## PROTOCOLO

Se sabe que ambos tipos de ejercicio, de resistencia como aeróbico han sido un factor que beneficia a las personas con DM2; sin embargo, comparar el efecto de ambos tipos de ejercicio puede beneficiar la prescripción de actividad, ya que en la consulta las pacientes suelen preguntar qué tipo de ejercicio es el más recomendado. El resultado de esta investigación nos apoyara para informar a las pacientes sobre los beneficios de cada tipo de ejercicio y que sean las pacientes quienes empoderadas de conocimiento decidan qué tipo de ejercicio es el que más se apega a su estilo de vida y el que más se les facilita realizar, ya que esto servirá para obtener mejores resultados en el control de la enfermedad de las pacientes.

En la consulta diaria, al platicar con las pacientes se llega al acuerdo de realizar actividad física; sin embargo, las pacientes solicitan que les informemos sobre qué tipo de actividad física es la que les ofrece más beneficios para mantener niveles adecuados de glucosa, del mismo modo, en el consejo asesor las pacientes muestran interés por realizar actividad física, sin embargo, surgen dudas sobre qué tipo de actividad les conviene más para cada uno de manera individualizada. Los pacientes que presentan con mayor frecuencia estas dudas suelen ser pacientes que viven con DM2 como único diagnóstico o pacientes con alguna comorbilidad. Los pacientes se encuentran en edades desde la cuarta década de vida y hasta la novena década. Por lo anterior expuesto, surgió el interés de encontrar información sobre qué tipo de ejercicio ofrece más ventajas en el control glucémico de los pacientes. Y de este modo elaborar recomendaciones que nos ayuden a los médicos a brindar una asesoría más integral a nuestros pacientes del PUS. Al contar con pacientes con diferentes grupos de edad, diferentes pesos corporales, diferentes comorbilidades decidimos realizar esta revisión sistemática de forma más generalizada para iniciar con las recomendaciones con la mejor evidencia que podemos encontrar para apoyar tanto a los pacientes como a nosotros en decidir de manera conjunta qué tipo de ejercicio tiene mejores resultados para el control de sus valores glucémicos y así probablemente en un futuro poder replicar esta búsqueda de manera más específica de acuerdo a las necesidades que se vayan desarrollando con los pacientes después de esta primer intervención.

Tradicionalmente se prescriben 30 minutos de actividad física al día de intensidad moderada de acuerdo con la OMS **(1)**. Al mismo tiempo, la OMS comenta que la actividad física ayuda a evitar o retrasar las complicaciones de la DM2. No obstante, los profesionistas de la salud desconocemos qué tipo de actividad física indicar, y realmente es nuestra responsabilidad conocer qué ejercicios indicar a las pacientes.

Es cotidiano que las pacientes tengan dudas sobre realizar ejercicio como la zumba, la natación, la caminata, las pesas, etc. Por lo que se busca que esta investigación nos ofrezca conocimiento para poder asesorar adecuadamente a los pacientes, resolver sus dudas e indicar la mejor opción según sus condiciones de manera individual.

La Asociación Americana de Diabetes recomienda en los estándares en el cuidado de diabetes 2023 que “La mayoría de los adultos con DM2 deben realizar 150 minutos o más de actividad aeróbica de intensidad moderada a vigorosa por semana, repartidos en al menos 3 días a la semana, con no más de 2 días consecutivos sin actividad” **(2)**. De igual manera se menciona que” Los adultos con diabetes tipo 2 deben realizar de 2 a 3 sesiones por semana de ejercicio de resistencia en días no consecutivos”. **(2)**

En algunos casos más específicos como lo son personas más jóvenes y con mejor aptitud física se recomiendan duraciones más cortas (75 min/semana) de entrenamiento de intensidad vigorosa. **(2)** Entre las actividades físicas que se recomiendan para entrenar la flexibilidad y el equilibrio, así como fuerza muscular en adultos mayores con diabetes nos mencionan disciplinas como el yoga y thai chi las cuales deben realizarse 2 o 3 veces por semana. **(2)**

En el caso de nuestra nación el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI) nos proporciona datos preliminares del año 2023 donde la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar en defunciones en ambos sexos y múltiples grupos de edad ( 59 996 habitantes) **(3)** razón por la cual la intervención que deseamos analizar y llevar a cabo en la consulta diaria con apoyo de esta revisión es sumamente importante, ya que como menciona Almeda Valdés P y colaboradores en las Acciones para enfrentar a la diabetes “La realización de actividad física moderada a intensa en forma regular se ha asociado a diversos beneficios” entre los que se encuentran mejoría del control de cifras de glucosa, disminución de la resistencia a insulina y mantenimiento de peso corporal, entre otros y el conjunto de todos estos beneficios ha demostrado disminuir morbilidad y mortalidad en personas que viven con diabetes. Entre las modificaciones que podemos encontrar se encuentran los niveles de HbA1c que pueden disminuir del 0.8% +/- 0.3% con la práctica de ejercicio aeróbico y de resistencia de manera conjunta. **(4)**

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

EN ADULTOS QUE VIVEN CON DM2 ¿EL EJERCICIO AERÓBICO PRESENTA MEJORES RESULTADOS EN EL CONTROL GLUCÉMICO EN COMPARACIÓN CON EL EJERCICIO DE RESISTENCIA?

**P:** Pacientes adultos con DM2 (entre 18 y 90 años de edad, de ambos sexos, peso corporal normal, sobrepeso, obesidad)

**I:** Entrenamiento aeróbico

**C:** Entrenamiento de resistencia/fuerza

**O:** Control glucémico

Se realizará una búsqueda de artículos científicos en la base de datos PubMed, Google Scholar, The Cochrane Controlled Trials Register y la Biblioteca Virtual en Salud (bv salud), utilizando en la búsqueda los MeSH “resistance training/aerobic training, diabetes, aerobic exercise/aerobic training, glycemic control”. En la selección de artículos se buscará que sean revisiones sistemáticas, así como artículos experimentales que versen sobre la comparación entre el ejercicio aeróbico y el ejercicio de resistencia en pacientes con DM2 y el control glicémico. Se priorizará incluir revisiones sistemáticas y metanálisis.

El periodo de búsqueda se realizará a partir del 20 de noviembre del año 2023 y hasta el 4 de diciembre en las bases de datos anteriormente mencionadas, así como datos internacionales y nacionales.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Artículos en inglés o español.
- Artículos que se hayan publicado entre 2014 a la actualidad.
- Artículos en los que se hayan analizado pacientes con DM2 entre 18 a 90 años de edad, de ambos sexos.
- Artículos que incluyan comparaciones entre ejercicio aeróbico y ejercicio de resistencia/ fuerza.
- Revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos aleatorizados.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Documentos escritos en otro idioma que no sea inglés o español.
- Artículos que se hayan publicado en 2013 o antes.
- Artículos que hablen sobre síndrome metabólico en lugar de DM2
- Artículos que hablen del efecto del ejercicio aeróbico y de resistencia de forma generalizada sin hacer distinción de los distintos tipos de ejercicio.
- Artículos que incluyan algún otro tipo de diabetes (Ejemplo: Diabetes tipo 1, diabetes gestacional)

### **EJECUCIÓN**

Se realizó la búsqueda a partir del 20 de noviembre del año 2023 y hasta el 4 de diciembre en bases de datos como PubMed, Google Scholar, The Cochrane Controlled Trials Register y la Biblioteca Virtual en Salud (bv salud), se obtuvieron revisiones sistematicas, metaanalisis y ensayos controlados aleatorizados, revisiones narrativas, utilizando como descriptores /términos MESH/palabras clave/keywords los siguientes términos: Resistance training, aerobic training, diabetes mellitus 2, aerobic exercise, strong exercise, glycemic control. El periodo que se estableció para la inclusión de

Artículos se decidió a partir del año 2014 a la actualidad contando así con un periodo extenso y no muy lejano a nuestra realidad presente. Se seleccionaron artículos en español e inglés para la mejor comprensión del contenido debido a que existe cierto grado de sesgo al traducir de manera incorrecta artículos en otros idiomas.

Al realizar la búsqueda se recolectaron 30 artículos que cumplían con las palabras claves, periodo temporal de publicación establecido, sin embargo después de una primera preselección se descartaron 18 de estos al analizar los títulos y resúmenes, de esta manera se seleccionaron 12 artículos relevantes según los criterios de inclusión de los cuales finalmente después de una discusión conjunta al revisar de manera completa los estudios se decidió incluir 10 artículos para fines de esta revisión sistemática.

Al realizar una lectura crítica de los artículos seleccionados se corroboró que contarán con evaluaciones de riesgo de sesgo como la colaboración Cochrane o declaración PRISMA para poder proseguir a la extracción de datos más importantes de cada artículo. Para dicho propósito se realizó una tabla que se encuentra en la sección de anexos en la cual se destaca el tipo de pacientes que analiza cada uno, los principales puntos que se rescatan en el artículo sobre el ejercicio aeróbico y de resistencia/fuerza y la comparación entre ellos, y finalmente las conclusiones obtenidas sobre los efectos en los pacientes o recomendaciones.

### **SÍNTESIS DE DATOS (RESULTADOS).**

Wahl y colaboradores **(5)** mencionan que la ADA recomienda 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada a vigorosa para las personas con DM2 a la semana más dos sesiones de ejercicio de resistencia por semana. **(2, 5)**

### **EJERCICIO AERÓBICO**

De acuerdo con Yang y colaboradores **(6)**, el ejercicio aeróbico puede estar asociado con una mayor reducción del IMC y una mejor condición física que el ejercicio de resistencia. También encontraron que hay una mayor reducción de la hemoglobina glicosilada con el ejercicio aeróbico que con el ejercicio de resistencia (diferencia 0,18 % (1,97 mmol/mol), intervalo de confianza (IC) del 95 %. **(6)**

En la revisión sistemática que hace Pan y colaboradores **(7)**, encuentran que el ejercicio aeróbico mejora más significativa que ningún ejercicio en la glucosa plasmática en ayunas (9,38 mg/dl menos), el colesterol total (20,24 mg/dl menos), los triacilgliceroles (19,34 mg/dl menos) y el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (11,88 mg/dl inferior). **(7)**

## **EJERCICIO DE RESISTENCIA**

Brown y colaboradores **(8)** encontraron que los niveles de glucosa e insulina disminuyeron con el ejercicio de resistencia con efectos que duran hasta 24 y 18 horas respectivamente. No obstante, los mismos autores aclaran que si se reducen las dosis de insulina inyectable antes del ejercicio de resistencia, se pueden atenuar sus efectos favorables sobre los niveles de glucosa. Este estudio observó que los efectos en la disminución de la glucosa, la insulina y los triglicéridos se potencian cuando el ejercicio de resistencia se hace posterior a la ingesta de alimentos en lugar de hacerlo antes de los alimentos. Adicionalmente y aunque no es tema de esta revisión, los autores señalan que el ejercicio de resistencia supera al ejercicio aeróbico en cuanto a mejorar niveles de presión arterial ambulatoria con efectos hasta 24 horas después **(8)**. Estos datos coinciden con lo encontrado por Pan y colaboradores, **(7)** ya que en su revisión sistemática encontraron que el ejercicio de resistencia supervisado mostró más beneficios que ningún ejercicio para mejorar la presión arterial sistólica (3,90 mmHg menos) y el colesterol total (22,08 mg/dl menos). **(7)**

Nery y colaboradores **(9)**, encontraron que el ejercicio de resistencia parece ser más efectivo para promover un aumento del VO<sub>2</sub>máx en protocolos de más de 12 semanas y no hay diferencia en el control de los niveles glucémicos y lipídicos entre los dos tipos de ejercicio (aeróbico y de resistencia). **(9)**

Liu y colaboradores **(10)** en su revisión sistemática encontraron que el ejercicio de resistencia ayuda a disminuir la insulina sérica basal en pacientes con DM2, pero esto se relaciona con la intensidad del ejercicio de resistencia, ya que cuando la intensidad es alta, hay mayor reducción de insulina. Ellos también encontraron reducción de las cifras de glucosa sérica al hacer ejercicio de resistencia en personas con DM2, sin importar el grado de intensidad. **(10)**

Kobayashi y colaboradores **(11)** encontraron que el entrenamiento de fuerza solo fue efectivo y superior al entrenamiento aeróbico solo para reducir los niveles de HbA1c en individuos con diabetes tipo 2 con peso normal. También encontraron una disminución en el peso ( $p=0,04$ ) en el grupo que se sometió a ejercicio de resistencia. También encontraron que el entrenamiento de fuerza aumentó la masa magra apendicular en relación con la masa grasa y esto fue un predictor independiente de la reducción en el nivel de HbA1c. **(11)**

## **COMBINACIÓN DE AMBOS TIPOS DE EJERCICIOS.**

Bellavare y colaboradores **(12)**, encontraron que tanto el ejercicio de resistencia como el ejercicio aeróbico, disminuyen los niveles de HbA1c y de índice de masa corporal (IMC). Aunque no es objeto de nuestra revisión, el estudio de Bellavare también encontró que ambos tipos de ejercicios mejoran el control autonómico cardiovascular. **(12)**

Yang y colaboradores **(6)**, también coinciden en que tanto los ejercicios de resistencia como los aeróbicos son efectivos en la diabetes. **(6)**

También Pan y colaboradores **(7)**, encontraron que al comparar el ejercicio aeróbico supervisado con el ejercicio de resistencia supervisado solo, el ejercicio combinado mostró una mejora más pronunciada en los niveles de HbA1c **(7)** Lo cual coincide con lo encontrado por Mannucci y colaboradores **(13)**, quienes comentan que el ejercicio combinado, aeróbico y de resistencia supervisado se asoció con una reducción significativamente mayor de HbA1c. **(13)**

Gu y colaboradores **(14)** realizaron una revisión sistemática, dos estudios demostraron una reducción significativa de HbA1c en el grupo de entrenamiento después de la intervención con ejercicio. Un estudio no demostró ningún cambio en la HbA1c después de la intervención. Un estudio demostró una reducción significativa (23%) de la glucosa sérica en ayunas. Un estudio no reportó cambios en la glucosa sérica en ayunas. El resto de los estudios no reportó glucemias, ya que el estudio de Gu se orientaba en ver cómo el ejercicio mejoró la función nerviosa en pacientes con DM2, sin embargo, se decidió incluir en esta revisión sistemática, pues arroja datos sobre el control glucémico en pacientes con DM2 que hacen ejercicio. **(14)**

En la sección de **anexos** se encuentra la tabla de artículos revisados y los principales hallazgos.

## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda realizar ejercicio de resistencia preferentemente después de la ingesta de los alimentos, ya que se observó un mayor potencial para disminuir los niveles de glucosa, insulina y triglicéridos cuando el ejercicio de resistencia se hace después de la ingesta de alimentos **(8)**.
- Se recomienda realizar tanto ejercicio aeróbico como ejercicio de resistencia para mejorar los índices de control cardiovascular, la HbA1c, y el IMC **(12)**.
- La ADA recomienda 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada a vigorosa para las personas con DM2 a la semana más dos sesiones de ejercicio de resistencia por semana **(2, 5)**.
- El ejercicio aeróbico se recomienda para personas con DM2, ya que se ha reportado que éste puede disminuir niveles de HbA1c, así como la glucosa sérica en ayunas hasta en 23% **(14)**
- Se recomienda realizar ejercicio de fuerza en pacientes con IMC normal y DM2, se ha observado que el ejercicio de fuerza es superior al ejercicio aeróbico para reducir los niveles de HbA1c en pacientes con peso normal y DM2 **(11)**
- Se recomienda realizar ejercicio de fuerza para aumentar la proporción de masa magra respecto a la masa grasa y mejorar niveles de HbA1c. Se reportó que el ejercicio de fuerza aumentó la masa magra apendicular respecto a la masa grasa, y fue un predictor independiente de la reducción de HbA1c **(11)**

- Realizar actividades físicas combinada, ejercicio aeróbico y de resistencia para reducir niveles de hemoglobina glucosilada. Se reportó que la combinación de ejercicio aeróbico y de resistencia reduce significativamente los niveles de HbA1c **(13)**
- Se recomienda que se introduzca progresivamente el ejercicio de resistencia en pacientes con DM2. El Colegio Americano de Medicina del Deporte recomienda la incorporación progresiva de ejercicio de resistencia para tratar la DM2 **(10)**
- Se recomienda realizar ambos tipos de ejercicio. Una revisión sistemática y meta-análisis indicó que ambos, tanto el ejercicio aeróbico como en ejercicio de resistencia son efectivos en el control de la diabetes al reducir los niveles de HbA1c, y que no hay evidencia que el ejercicio de resistencia difiere del ejercicio aeróbico sobre los factores de riesgo cardiovascular o la seguridad **(10)**
- Se recomienda realizar ejercicio de resistencia de alta intensidad para aumentar la disminución de insulina en pacientes con DM2. En un meta análisis se encontró que al asociar el ejercicio de resistencia en general sin importar el grado de intensidad, la disminución de insulina era mínima; pero al analizar los artículos por grado de intensidad del ejercicio, se encontró que el ejercicio de resistencia de alta intensidad provoca una disminución significativa de la insulina **(10)**
- Se recomienda realizar ejercicio de resistencia de cualquier intensidad para disminuir la glucosa sérica en pacientes con DM2. En un meta análisis se encontró que la glucosa sérica disminuyó en pacientes con DM2 sin diferencia significativa al analizar la intensidad del ejercicio de resistencia **(10)**
- Se recomienda no disminuir las dosis de insulina previa al ejercicio. Un estudio describió que el disminuir las dosis de insulina en pacientes con DM2 insulino dependientes antes del ejercicio, puede disminuir los efectos benéficos del ejercicio en cuanto a disminución de glucosa sérica **(8)**

## CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática fue un ejercicio que nos ayudará en nuestro futuro ejercicio profesional, ya que la medicina es una disciplina que está en constante cambio y es nuestra obligación como médicos estar actualizados constantemente. No podemos prescribir, dar indicaciones o sugerir a las pacientes intervenciones sin tener conocimiento pleno de lo que estamos indicando, por ello será útil revisar y actualizar nuestros conocimientos basándonos en la mejor evidencia científica posible que se encuentre disponible.

Los artículos seleccionados y analizados indican que cada tipo de ejercicio ofrece resultados favorables para los pacientes con DM2. Hay algunos resultados que indican que en ocasiones el ejercicio aeróbico tiene efectos similares y a veces tiene efectos

diferentes al ejercicio de resistencia. Por ejemplo, el ejercicio de resistencia aumenta la masa muscular de forma significativa a diferencia del ejercicio aeróbico; sin embargo, ambos tipos de ejercicio contribuyen a reducir los niveles de HbA1c. Varios artículos coincidieron en que se deben prescribir ambos tipos de ejercicio para potenciar los beneficios en los pacientes.

Con esta revisión concluimos que debemos aportar, compartir y tratar de incluir en el tratamiento de los pacientes ambos tipos de ejercicio. No obstante, no debemos imponer un tipo de ejercicio a los pacientes, ya que los pacientes difícilmente se apegarán a dicha imposición. Para lograr una eficaz atención integral centrada en la persona, debemos de tomar los siguientes puntos: la perspectiva del paciente, la mejor evidencia científica disponible y nuestra experiencia como médicos.

Al hablar de la perspectiva de los pacientes, nos referimos a que debemos conocer lo mejor que se pueda a nuestro paciente, conocer sus gustos, sus intereses, su ocupación, sus redes de apoyo, su familia, sus horarios, su medio de transporte, conocer la colonia en que vive, limitaciones, capacidades, etc., ya que son elementos que nos harán tener una visión más amplia de lo que vive el paciente y no querer imponer nuestro punto de vista, reduciendo el papel de los pacientes a seres pasivos.

El eje de la atención centrada en la persona es que los individuos que reciben la atención médica, sean agentes activos del cuidado de su salud; por lo tanto, conviene que sean los pacientes quienes decidan qué tipo de ejercicio pueden hacer o si les es posible hacer ambos tipos de ejercicio. La decisión que tengan los pacientes debe ser una decisión informada; por tanto, nosotros como médicos debemos conocer la mejor evidencia disponible para facilitarle la información a nuestros pacientes.

Esta revisión también nos aportó información relevante para prescribir atención personalizada; es decir, identificar las necesidades de cada paciente, para poder decidir de manera conjunta el mejor ejercicio para cada persona que vive con DM2

Esta revisión también nos aportó información relevante para prescribir atención personalizada; es decir, identificar las necesidades de cada paciente, para poder decidir de manera conjunta el mejor ejercicio para cada persona que vive con DM2.

En esta revisión concluimos que el ejercicio ayuda a modificar diferentes cifras de control glicémico como la HbA1c, la glucosa sérica en ayunas, o la insulina; entonces, de este modo, dependiendo de las comorbilidades que presenten los pacientes, contaremos con la mejor opción de ejercicio que beneficie al paciente y al control de su enfermedad, en este caso DM2.

Cabe mencionar que la revisión arrojó como hallazgo adicional, datos importantes sobre cómo el ejercicio de resistencia puede disminuir las cifras de tensión arterial en personas con DM2. Estos datos sugieren la necesidad de seguir investigando a futuro al respecto para prevenir la hipertensión en pacientes con DM2 por medio del ejercicio de resistencia.

Finalmente, las participantes que realizamos esta revisión nos encontramos muy satisfechas y entusiasmadas de haber indagado, analizado y resuelto muchas de las dudas que nos hicieron elegir esta pregunta para la investigación, ya que al convivir con pacientes que viven con enfermedades crónicas entendemos y escuchamos sus necesidades y dudas que nos apoyan de manera conjunta a seguir desarrollando conocimiento que no solo nos beneficia a nosotros, sino también a futuros pacientes que integren o no el proyecto urbano de salud.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diabetes [Internet]. Who.int. Organización Mundial de la Salud [citado el 3 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: *standards of care in diabetes-2023*. Diabetes Care [Internet]. 2023 [citado el 3 de diciembre de 2023];46:S 68–96. Disponible en: [https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement\\_1/S68/148055/5-Facilitating-Positive-Health-Behaviors-and-Well](https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement_1/S68/148055/5-Facilitating-Positive-Health-Behaviors-and-Well)
3. INEGI. Estadística de defunciones registradas de enero a junio de 2022 (preliminar) Comunicado de prensa [Internet] 24 enero del 2023. [citado el 3 de diciembre de 2023] núm. 29/23 :página 9-11. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/DR/DR-Ene-jun2022.pdf>
4. Almeda Valdés P, García García E, Aguilar Salinas CA. Manejo integral del paciente con diabetes mellitus. Acciones para enfrentar a la diabetes : documento de postura [Internet]. México: Intersistemas; 2015 [cited 2023 Dec 4]. p. 173–7. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L15-Acciones-para-enfrentar-a-la-diabetes.pdf>
5. Wahl MP, Scalzo RL, Regensteiner JG, Reusch JEB. Mechanisms of aerobic exercise impairment in diabetes: A narrative review. Front Endocrinol (Lausanne) [Internet]. 2018;9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2018.00181>

6. Yang Z, Scott CA, Mao C, Tang J, Farmer AJ. Resistance exercise versus aerobic exercise for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med* [Internet]. 2014;44(4):487–99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40279-013-0128-8>
7. Pan B, Ge L, Xun Y-Q, Chen Y-J, Gao C-Y, Han X, et al. Exercise training modalities in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and network meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2018;15(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-018-0703-3>
8. Brown EC, Franklin BA, Regensteiner JG, Stewart KJ. Effects of single bout resistance exercise on glucose levels, insulin action, and cardiovascular risk in type 2 diabetes: A narrative review. *J Diabetes Complications* [Internet]. 2020;34(8):107610. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2020.107610>
9. Nery C, Moraes SRAD, Novaes KA, Bezerra MA, Silveira PVDC, Lemos A. Effectiveness of resistance exercise compared to aerobic exercise without insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *Braz J Phys Ther* [Internet]. 2017;21(6):400–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.06.004>
10. Liu Y, Ye W, Chen Q, Zhang Y, Kuo C-H, Korivi M. Resistance exercise intensity is correlated with attenuation of HbA1c and insulin in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019;16(1):140. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16010140>
11. Kobayashi Y, Long J, Dan S, Johannsen NM, Talamoa R, Raghuram S, et al. Strength training is more effective than aerobic exercise for improving glycaemic control and body composition in people with normal-weight type 2 diabetes: a randomised controlled trial. *Diabetologia* [Internet]. 2023;66(10):1897–907. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00125-023-05958-9>
12. Bellavere F, Cacciatori V, Bacchi E, Gemma ML, Raimondo D, Negri C, et al. Effects of aerobic or resistance exercise training on cardiovascular autonomic function of subjects with type 2 diabetes: A pilot study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* [Internet]. 2018;28(3):226–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2017.12.008>
13. Mannucci E, Bonifazi A, Monami M. Comparison between different types of exercise training in patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* [Internet]. 2021;31(7):1985–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2021.02.030>
14. Gu Y, Dennis SM, Kiernan MC, Harmer AR. Aerobic exercise training may improve nerve function in type 2 diabetes and pre-diabetes: A systematic review. *Diabetes Metab Res Rev* [Internet]. 2019;35(2):e3099. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/dmrr.3099>

**ANEXO 1. TABLA ARTICULOS SELECCIONADOS Y ANALIZADOS PARA LA REVISION SISTEMATICA.**

Artículo	Tipo de paciente	Ejercicio aeróbico	Ejercicio de resistencia	Efectos en pacientes
<p>Kobayashi Y, Long J, Dan S, Johannsen NM, Talamo R, Raghuram S, et al. <b>Strength training is more effective than aerobic exercise for improving glycemic control and body composition in people with normal-weight type 2 diabetes: a randomised controlled trial.</b> <i>Diabetología</i> [Internet]. 2023;66(10):1897–907. Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.1007/s00125-023-05958-9">http://dx.doi.org/10.1007/s00125-023-05958-9</a></p>	<p>*IMC Normal (&lt;25 kg/ m2)</p> <p>*18-80 años</p> <p>*HbA1c [6,5 a 13,0 %</p> <p>60% hombres 40% Mujeres 83% eran asiáticos. *Caucásicos, hispanos.</p> <p>186 pacientes 131 pacientes concluyeron ejercicio.</p> <p><b>3 grupos:</b></p> <p><b>ST:</b> Fuerza y Resistencia <b>AER:</b> Aeróbico <b>COMB:</b> Combinado</p>	<p><b>DARE:</b> Sobre ejercicios aeróbicos y de resistencia para la diabetes</p> <p><b>HART-D.</b> Beneficios para la salud del entrenamiento aeróbico y de resistencia</p>	<p><b>STRONG-D:</b> Régimen de entrenamiento de fuerza para diabéticos de peso normal.</p> <p>Aeróbico y de fuerza <b>COMBINADO superior.</b></p> <p><b>Entrenamiento de fuerza solo fue efectivo y superior al entrenamiento aeróbico solo para reducir los niveles de HbA1c en individuos con DM2 con peso normal.</b></p> <p>Disminución en el peso (p=0,04) en el grupo AER</p>	<p>*3 días a semana *Material educativo *Reuniones mensuales</p> <p>Disminución valores Hba -0,44 puntos porcentuales (ejercicios fuerza resistencia)</p> <p>Cambios composición corporal y fuerza muscular.</p> <p>Entrenamiento fuerza aumentó masa magra y muscular, relación con masa grasa esto fue predictor independiente de la reducción en nivel de HbA1c.</p>

<p>Liu Y, Ye W, Chen Q, Zhang Y, Kuo C-H, Korivi M. Resistance exercise intensity is correlated with attenuation of HbA1c and insulin in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. <i>Int J Environ Res Public Health</i> [Internet]. 2019;16(1):140. Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16010140">http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16010140</a></p>	<p>Grupo control (471) Grupo ejercicio (491)  962 pacientes  24 ensayos cumplieron los criterios de inclusión</p>	<p>*Requiere períodos prolongados  Recluta un gran grupo de músculos Sin datos</p>	<p>Actividad breve y aislada de grupos de músculos individual es</p>	<p>Disminución de la HbA1c = 0,006) y la insulina (p 0,015) después que la RE correlacionó con intensidad.  Mayor disminución con intensidad alta</p>
<p>Mannucci E, Bonifazi A, Monami M. Comparison between different types of exercise training in patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Nutr Metab Cardiovasc Dis</i> [Internet]. 2021;31(7):1985–92. Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2021.02.030">http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2021.02.030</a></p>	<p>3 meses  Efecto del ejercicio versus ningún ejercicio sobre la HbA1c y la glucosa plasmática en ayunas en el criterio de valoración.  Los criterios de valoración secundarios fueron el peso y la grasa corporal, la circunferencia de la cintura y la presión arterial.</p>	<p>La reducción de HbA1c al final fue 7,3% (0,50 [-0,72, 0,28]%)</p>	<p>Puede requerir una mayor implicación de entrenadores profesionales, equipos e instalaciones, con un posible impacto en la accesibilidad y la equidad.  Sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.</p>	<p>El ejercicio combinado aeróbico y de resistencia supervisado se asoció con una reducción significativa y mayor de HbA1c.</p>

<p>Nery C, Moraes SRAD, Novaes KA, Bezerra MA, Silveira PVDC, Lemos A. Effectiveness of resistance exercise compared to aerobic exercise without insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. Braz J Phys Ther [Internet]. 2017;21(6):400–15. Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.06.004">http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.06.004</a></p>	<p>Evaluar el efecto del ejercicio de resistencia en comparación con el ejercicio aeróbico sin <b>terapia con insulina</b> sobre los resultados metabólicos y clínicos en pacientes con DM tipo 2.</p> <p>Sin límites de idioma ni fecha de publicación</p> <p>336 individuos 8 artículos 48-58 años. 8-22 semanas de ejercicio 30-60 minutos/día.</p>	<p>Grupo aeróbico: DM: 4,0; IC 95%: 2,7---5,3.</p> <p>La caminata fue la forma predominante, seguida del ejercicio en bicicleta ergómetro y cicloergómetro.</p>	<p>Grupo de resistencia: DM: 2,1; IC 95%: 0,6--3,5).</p> <p>Resistencia de los principales grupos musculares.</p>	<p>El ejercicio de resistencia parece ser más efectivo para promover el aumento de VO2máx. En los protocolos de 12 semanas no hay diferencias en el control de los niveles glucémicos y lipídicos entre los dos tipos de ejercicio.</p> <p>No mostramos diferencias en los valores de HbA1c, IMC, HDL, LDL, colesterol total y triglicéridos. Sin embargo, hubo un aumento en VO2máx, favoreciendo a los pacientes que realizaron ejercicio de resistencia.</p>
---	--	---	---	---

<p>Pan B, Ge L, Xun Y-Q, Chen Y-J, Gao C-Y, Han X, et al. Exercise training modalities in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and network meta-analysis. <i>Int J Behav Nutr Phys Act</i> [Internet]. 2018;15(1). Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.1186/s12966-018-0703-3">http://dx.doi.org/10.1186/s12966-018-0703-3</a></p>	<p>5 bases de datos electrónicas  37 estudios 2208 pacientes</p>	<p>Mejora más significativa que ningún ejercicio en la glucosa plasmática en ayunas (9,38 mg/dl menos), el colesterol total (20,24 mg/dl menos), los triacilglicéridos (19,34 mg/dl menos) y el colesterol unido a lipoproteína de baja densidad (11,88 mg/dl inferior).</p>	<p>La resistencia supervisada mostró más beneficios que ningún ejercicio para mejorar la presión arterial sistólica (3,90 mmHg menos) y el colesterol total (22,08 mg/dl menos).</p>	<p>Reducción significativa en HbA1c en comparación con ningún ejercicio (0,30% menos); sin embargo, hubo una reducción menor en comparación con el ejercicio combinado (0,17% más, 0,23% más). En comparación con el ejercicio aeróbico supervisado o el ejercicio de resistencia supervisado solo, el ejercicio combinado mostró una mejora más pronunciada en los niveles de HbA1c; sin embargo, hubo una mejora menos marcada en algunos factores de riesgo cardiovascular.</p>
--	--	--	--	--

<p><b>Yang Z, Scott CA, Mao C, Tang J, Farmer AJ. Resistance exercise versus aerobic exercise for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Sports Med [Internet]. 2014;44(4):487-99. Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.1007/s40279-013-0128-8">http://dx.doi.org/10.1007/s40279-013-0128-8</a></b></p>	<p>Ensayo controlado aleatorio; 18 años o más; 8 semanas, con frecuencia, intensidad y duración predeterminada</p> <p>12 ensayos</p> <p>626 participantes</p> <p>Control glucémico, lípidos en sangre, medidas antropométricas, presión arterial, estado físico, y eventos adversos.</p>	<p>Problemas de movilidad, neuropatía periférica, discapacidad visual o enfermedades cardiovasculares dificultan realizar actividad aeróbica.</p> <p>Glucosa en sangre ayunas: -0,87 mmol/L (-1,46, -0,28) -0,04 % (-0,44 mmol/mol) -0,46 % (5,03 mol/mol)</p>	<p>Más factible en personas con sobrepeso/obesidad (80% pacientes con DM2)</p> <p>Glucosa en sangre en ayunas: -0,90 mmol/L (-1,69, -0,11), -1,83 % (-20,00 mmol/mol)</p> <p>- HbA1c del 0,32 % (3,50 mmol/mol) c</p>	<p>Mayor reducción de la hemoglobina glicosilada con ejercicio aeróbico que con el ejercicio de resistencia (diferencia 0,18 (1,97 mmol/mol intervalo de confianza (IC) 95 %</p> <p>Tanto los ejercicios de resistencia como los aeróbicos son efectivos en diabetes.</p> <p>El ejercicio aeróbico puede estar asociado con una mayor reducción del IMC y una mejor condición física que el ejercicio de resistencia.</p>
--	--	--	---	---

<p>Wahl MP, Scalzo RL, Regensteiner JG, Reusch JEB. Mechanisms of aerobic exercise impairment in diabetes: A narrative review. Front Endocrinol (Lausanne) [Internet]. 2018;9. Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2018.00181">http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2018.00181</a></p>	<p>Revisión narrativa</p>	<p>La ADA recomienda 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada a vigorosa para las personas con DM2 a la semana más dos sesiones de ejercicio de resistencia por semana. El ejercicio aeróbico moderado se asocia con una reducción significativa del riesgo de mortalidad cardiovascular en personas con DM2</p>	<p>Sin datos</p>	<p>Sin datos</p>
<p>Gu Y, Dennis SM, Kiernan MC, Harmer AR. Aerobic exercise training may improve nerve function in type 2 diabetes and pre-diabetes: A systematic review. Diabetes Metab Res Rev [Internet]. 2019;35(2):e3099. Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.1002/dmrr.3099">http://dx.doi.org/10.1002/dmrr.3099</a></p>	<p>Revisión sistemática. Se analizaron 11 estudios de personas con DM2; y 1 estudio de pacientes con prediabetes.</p>	<p>El entrenamiento con ejercicio aeróbico puede influenciar positivamente la función nerviosa en personas con DM2 con mínimo riesgo de efectos adversos.</p>	<p>Sin datos</p>	<p>Dos estudios demostraron una reducción significativa de HbA1c en el grupo de entrenamiento después de la intervención con ejercicio.</p> <p>Un estudio no demostró ningún cambio en la HbA1c después de la intervención.</p> <p>Un estudio demostró una reducción significativa (23%) de la glucosa sérica en ayunas.</p> <p>Un estudio no reportó cambios en la glucosa sérica en ayunas.</p> <p>El resto de los estudios reportó glucemias.</p>

<p><b>Brown EC, Franklin BA, Regensteiner JG, Stewart KJ. Effects of single bout resistance exercise on glucose levels, insulin action, and cardiovascular risk in type 2 diabetes: A narrative review. J Diabetes Complications [Internet]. 2020;34(8):107610. Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2020.107610">http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2020.107610</a></b></p>	<p>Revisión en PubMed y En base de 14 estudios que hablen del impacto del ejercicio de resistencia en la glucosa y la insulina séricas y la disminución del riesgo cardiovascular en personas con DM2</p>	<p>Sin datos</p>	<p>El ejercicio de resistencia puede superar al ejercicio aeróbico al reducir la presión arterial ambulatoria con efectos duraderos hasta 24 horas.</p> <p>El ejercicio de resistencia después de una comida en lugar de antes puede ser más efectivo en la reducción de los niveles de glucosa, insulina y triacilgliceroles.</p>	<p>Niveles de glucosa e insulina disminuyeron con el ejercicio de resistencia con efectos que duran hasta 24 y horas respectivamente</p> <p>Si se reducen la dosis de insulina inyectable antes del ejercicio de resistencia, pueden atenuarse sus efectos favorables sobre los niveles de glucosa.</p>
<p><b>Bellavere F, Cacciatori V, Bacchi E, Gemma ML, Raimondo D, Negri C, et al. Effects of aerobic or resistance exercise training on cardiovascular autonomic function of subjects with type 2 diabetes: A pilot study. Nutr Metab Cardiovasc Dis [Internet]. 2018;28(3):226–33. Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2017.12.008">http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2017.12.008</a></b></p>	<p>Se estudió a 30 personas con DM2 en donde se midió el control autónomo cardiovascular con el Power Spectral Analysis de la variabilidad de la frecuencia cardíaca y ejercicio aeróbico o de resistencias por 4 meses</p>	<p>Tanto el ejercicio aeróbico como el ejercicio de resistencia mejoraron los índices de control autonómico cardiovascular</p>	<p>Tanto el ejercicio aeróbico como el ejercicio de resistencia mejoraron los índices de control autonómico cardiovascular</p>	<p>Mejoría en los niveles HbA1c: -Aeróbico: DE -0.37 -Resistencia: DE -0.25</p> <p>IMC: -Aeróbico: DE -0.78 -Resistencia: DE -0.51</p>

### III. MÓDULO 3. BALANCE

En este módulo, los participantes hacemos un balance de los resultados de los pacientes y de su monitoreo. A continuación de presentan las tablas y el análisis de datos de las pacientes del consultorio de SPM. Posteriormente, se encuentra el apartado de Acción comunitaria en el que se incluye la participación en los encuentros de salud tanto como de los y las pacientes del PUS, así como de los pacientes del proyecto de servicio social de los centros de salud.

#### ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA AUMENTAR EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Balance desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el consultorio de SPM, a cargo de la médico pasante Graciela Haideé Ortega Moreno.

Las siguientes tablas se solicitaron por parte de los y las coordinadoras para la evaluación del presente módulo, por lo que se realizaron siguiendo las instrucciones del doctor Víctor Ríos y la maestra Alejandra Gasca, según el documento enviado por correo por él mismo, el documento se titula: “Guía para la presentación del trabajo final del proyecto (y del diplomado) y del trabajo final de servicio social de pasantes de la UAM Xochimilco” (11).

1. Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social, de acuerdo con los registros de Drive Excel del documento titulado “Crónicos 2023”

Tabla No. 1: distribución de pacientes atendidas de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Momento de ingreso</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Ingreso anterior a agosto de 2023</b>	10	100
<b>Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023</b>	0	0
<b>Recuperados a partir de agosto de 2023</b>	0	0
<b>Total</b>	10	100

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2023". Periodo febrero 2023 – enero 2024

Nota: **Nuevo ingreso** se refiere a personas que por primera vez se incorporan al proyecto para su atención y seguimiento en cualquier momento entre febrero de 2023 y enero de 2024. **Recuperados** se refiere a pacientes que ya habían sido atendidos en el proyecto, pero que por cualquier razón y durante algún tiempo dejaron de recibir esa atención, pero que nuevamente se incorporaron al proyecto en cualquier momento entre febrero de 2023 y enero de 2024.

Tabla No. 2: distribución de pacientes atendidas en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo febrero 2023 – enero 2024. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Condición de participación</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<i>Activas</i>	8	80
<i>No activas</i>	2	20
<i>Total</i>	10	100

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2023". Periodo febrero 2023 – enero 2024

Nota: Activos: Se refiere a personas atendidas en el proyecto que acudieron con regularidad a sus consultas programadas a lo largo del periodo enero 2023 – enero 2024. No activas: Se refiere a personas que, por cualquier motivo dejaron de acudir a su atención dentro del proyecto.

Tabla No. 3: motivos por los cuales pacientes atendidas en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas durante el periodo febrero 2023 – enero 2024. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Motivos de inclusión como No activas</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<i>Cambio de médico dentro del centro de salud</i>	0	0
<i>Cambio de institución que le atiende</i>	1	50
<i>Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)</i>	0	0
<i>Falleció</i>	0	0
<i>Otro motivo</i>	0	0
<i>Se ignora</i>	1	50
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2023". Periodo febrero 2023 – enero 2024

## 2. Información demográfica:

Tabla No. 4: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024, por género. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Sexo</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<i>Femenino</i>	10	100
<i>Masculino</i>	0	0
<i>Otra asignación</i>	0	0
<i>No hay dato</i>	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2023". Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 5: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024, por edad. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Edad</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<i>40 – 49 años</i>	1	10
<i>50 – 59 años</i>	2	20
<i>60 – 69 años</i>	4	40
<i>70 – 79 años</i>	3	30

<b>Total</b>	10	100
--------------	----	-----

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2023". Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 6: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 según edad y género. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Género</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>						
40 – 49 años	1	10	0	0	1	10
50 – 59 años	2	20	0	0	2	20
60 – 69 años	4	40	0	0	4	40
70 – 79 años	3	30	0	0	3	30
<b>Total</b>	10	100	0	0	10	100

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2023". Periodo febrero 2023 – enero 2024

### 3. Diagnóstico y seguimiento

Tabla No. 7: distribución de pacientes atendidas en el proyecto de acuerdo con el número de consultas recibidas durante periodo febrero 2023 – enero 2024 según edad. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Número de consultas</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
1	0	0
2	1	10
3	1	10
4	1	10
5	0	0
6	2	20
7	0	0
8	1	10
9	2	20

10	2	20
11	0	0
12 y más	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 8: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024, de acuerdo con diagnóstico de enfermedad. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Diagnóstico</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<i>Sobrepeso y obesidad</i>	0	0
<i>Hipertensión arterial</i>	2	20
<i>Diabetes Mellitus tipo II</i>	0	0
<i>Dislipidemia</i>	1	10
<i>Obesidad e hipertensión</i>	0	0
<i>Obesidad y diabetes</i>	2	20
<i>Obesidad y dislipidemia</i>	0	0
<i>Diabetes e hipertensión</i>	2	20
<i>Obesidad, hipertensión y diabetes</i>	2	20
<i>Hipertensión, diabetes y dislipidemia</i>	1	10
<i>Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia</i>	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 9: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con diagnóstico de enfermedad y género. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Género</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	Número	%	Número	%	Número	%
<b>Diagnóstico</b>						
<i>Sobrepeso y obesidad</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Hipertensión arterial</i>	2	20	0	0	2	20
<i>Diabetes Mellitus tipo 2</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Dislipidemia</i>	1	10	0	0	1	10
<i>Obesidad e hipertensión</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Obesidad y diabetes</i>	2	20	0	0	2	20
<i>Obesidad y dislipidemia</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Diabetes e hipertensión</i>	2	20	0	0	2	20
<i>Obesidad, hipertensión y diabetes</i>	2	20	0	0	2	20
<i>Hipertensión, diabetes y dislipidemia</i>	1	10	0	0	1	10
<i>Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia</i>	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	0	100	0	0	0	100

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2023". Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 10: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024, de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico % de sobrepeso y/u obesidad</b>	
<i>40 – 49 años</i>	1	11.1
<i>50 – 59 años</i>	2	22.2
<i>60 – 69 años</i>	3	33.3
<i>70 – 79 años</i>	3	33.3
<b>Total</b>	9	100

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2023". Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 11: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024, de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de hipertensión</b>	<b>%</b>
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	1	14.3
60 – 69 años	3	42.85
70 – 79 años	3	42.85
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 12: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024, de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico % de diabetes mellitus tipo II</b>	
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	1	14.3
60 – 69 años	3	42.85
70 – 79 años	3	42.85
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 13: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024, de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de dislipidemia</b>	<b>%</b>
40 – 49 años	1	20
50 – 59 años	2	40
60 – 69 años	1	20
70 – 79 años	1	20
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 14: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024, de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de % obesidad e hipertensión arterial</b>	
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	1	50
70 – 79 años	1	50
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 15: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo II. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de % obesidad y diabetes mellitus tipo II</b>	
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	1	25
60 – 69 años	2	50
70 – 79 años	1	25

<b>Total</b>	4	100
--------------	---	-----

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2023". Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 16: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024, de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de obesidad y dislipidemia</b>	<b>%</b>
40 – 49 años	1	33.3
50 – 59 años	1	33.3
60 – 69 años	1	33.3
70 – 79 años	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2023". Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 17: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024, de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial</b>	<b>%</b>
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	2	40
70 – 79 años	3	60
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2023". Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 18: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024, de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de obesidad, % diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial</b>	
<i>40 – 49 años</i>	0	0
<i>50 – 59 años</i>	0	0
<i>60 – 69 años</i>	1	50
<i>70 – 79 años</i>	1	50
<i>Total</i>	2	100

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 19: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024, de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de dislipidemia, % diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial</b>	
<i>40 – 49 años</i>	0	0
<i>50 – 59 años</i>	0	0
<i>60 – 69 años</i>	0	0
<i>70 – 79 años</i>	1	100
<i>Total</i>	1	100

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 20: distribución de pacientes atendidas en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024, de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo II y dislipidemia. Consultorio SPM, Tlalpan

**Edad** **Personas con diagnóstico de obesidad, dislipidemia, % diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial**

40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	0	0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

5. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 21: distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa. Periodo febrero 2023 – enero 2024. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Parámetros</b>	<b>Glicemia capilar</b>		<b>Glicemia venosa</b>		<b>Total</b>	
	Número	%	Número	%	Número	%
<i>Control</i>	2	28.5	5	71.5	7	100
<i>Fuera de control</i>	5	71.5	2	28.5	7	100
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 22: distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada. Periodo febrero 2023 – enero 2024. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>HbA1c</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<i>Control</i>	4	57.15
<i>Fuera de control</i>	3	42.85
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 23: distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control. Periodo febrero 2023 – enero 2024. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Presión arterial</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<i>Control</i>	4	57.15
<i>Fuera de control</i>	3	42.85
<i>Total</i>	7	100

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 24: distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico. Periodo febrero 2023 – enero 2024. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Colesterol</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<i>Control</i>	1	33.3
<i>Fuera de control</i>	2	66.6
<i>Total</i>	3	100

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 25: distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos. Periodo febrero 2023 – enero 2024. Consultorio SPM, Tlalpan

<b>Triglicéridos</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<i>Control</i>	2	50
<i>Fuera de control</i>	2	50
<i>Total</i>	4	100

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2023”. Periodo febrero 2023 – enero 2024

#### IV. MÓDULO 3. ACCIÓN COMUNITARIA

##### a. CONCEPTO Y MODELOS DE PROMOCIÓN A LA SALUD

A continuación, se desarrolla este subtema acorde a los requisitos solicitados por el doctor Víctor Ríos en el documento de requisitos para el informe final (informe final).

CONCEPTO: “La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren” (12).

LÍNEAS DE ACCIÓN: las siguientes líneas de acción se basan en el documento sobre la Carta de Ottawa (12):

- Elaborar una política pública saludable. Los gobiernos deben considerar que toda acción que implementen tiene consecuencias en la salud; por lo que deben de desarrollar estrategias para que los impuestos, las leyes y los reglamentos preserven la salud de la población; así como eliminar políticas públicas que contaminen o causen algún perjuicio a la salud poblacional.
- Crear entornos de apoyo. Los espacios públicos deben generar que el trabajo y el ocio sean actividades saludables, no lo contrario. También se debe buscar que se preserven los recursos naturales y evitar dañar el medio ambiente. Tomar en cuenta los efectos que tiene los cambios rápidos en el medio ambiente y su repercusión en la salud.
- Fortalecer la acción comunitaria. Las personas deben estar informadas, saber con qué recursos cuentan como comunidad y establecer un protocolo de ayuda. Además, la comunidad debe empoderarse y ser dueña de su propio destino, generar cultura del cuidado entre unos y otros.
- Desarrollar las habilidades personales. Las personas deben estar capacitadas para autocuidarse. Esto se puede lograr si la gente tiene información sobre cómo vivir de forma saludable cada una de las diferentes etapas de la vida. Para esto es necesario una acción conjunta por parte de instituciones educativas, laborales, culturales y de gobierno para que trabajen en forma coordinada.

- Reorientar los servicios sanitarios. La salud de las personas está en manos de los individuos, de la comunidad, de los profesionistas de la salud, por eso debe existir una cultura, por parte de todos los sectores, de enfocarse en la promoción a la salud, para disminuir la carga de enfermedad y que los servicios no estén enfocados solamente a la parte curativa.
- Avanzar hacia el futuro. La salud se desarrolla de acuerdo al ambiente en el que se desenvuelven las personas, al contexto donde desarrollan su vida cotidiana. Esto significa que para llevar a cabo estrategias de salud se debe tomar en cuenta la ecología, los valores de solidaridad y una visión global.
- El compromiso con la promoción de la salud. Esta línea de acción habla sobre el compromiso de quienes elaboraron la carta. Compromiso para exigir políticas públicas justas y claras, a rechazar presiones que condicionen la disminución de recursos, la contaminación, los poblados, etc. Eliminar las brechas que ocasionen inequidades en salud. Compromiso de reconocer al ser humano como eje principal de la salud y apoyarlo económicamente y de otra forma que sea necesaria para que logre un estado saludable. Se comprometen a reorientar los servicios por medio de la responsabilidad compartida con otros sectores de la sociedad. Compromiso por reconocer a la salud como eje rector de nuestras vidas y a abordar a la salud por medio de la ecología a un nivel mundial.
- Llamamiento a la acción internacional. Se invita a la OMS a que siempre promueva la salud en cualquier instancia posible. Existe la ilusión de que si se unen esfuerzos de todos los sectores, ya sean organizaciones no gubernamentales o de gobierno, la salud prevista en ese documento será en 2020 una realidad.

LAS VARIANTES DE MODELOS QUE SE HAN DESARROLLADO. Este apartado es una síntesis de los modelos presentados en el documento de Álvaro Franco Giraldo (13).

El enfoque en promoción de la salud ha evolucionado a lo largo de la historia, especialmente después de la Carta de Ottawa en 1986. Los primeros modelos hablaban de prevención de enfermedades biomédicas, luego se habló de educación en salud para modificar hábitos y conductas, posteriormente se desarrolló un modelo socio-ecológico en donde destacaba el papel de los factores sociales como determinantes de la salud. El unicausalismo tiene una connotación negativa porque explica a la salud como la ausencia de la enfermedad; en cambio la promoción a la salud tiene un enfoque que alreedor de la salud como un estilo de vida. Los modelos interpersonales e intrapersonales se enfocan en la prevención. Sobre esta misma perspectiva, se puede hablar de la prevención desde la modificación de estilos de vida a nivel individual, por una parte; y por otra parte la prevención a través de generación de políticas públicas a nivel colectivo. En el primer caso la educación para la salud permite a los individuos que sean conscientes de su realidad, y que adapten medidas de autocuidado a su propia realidad, según sus experiencias y conocimientos. Además, el proceso educativo hace que las personas tengan mayor capacidad crítica, así como capacidad de discernir entre diversas situaciones de la vida; por tanto, la misma educación es vista como emancipadora y libertaria, pues ofrece al individuo la capacidad de exigir sus derechos.

El enfoque social sugiere que la salud está determinada por el contexto en el que se desenvuelve el individuo a lo largo de su vida, los factores sociales se vuelven el objeto de estudio. Después de la reunión de Adelaida 1988 y en 2010, se abordó el enfoque político, en el que las políticas deben generarse a partir de sus repercusiones en salud en los distintos sectores que éstas se generen. En este sentido, la promoción a la salud tiene un trasfondo político, sociocultural y ecológico. La promoción a la salud es la salud pública en la que interaccionan los individuos y las comunidades para tomar decisiones y tener un mayor control de sus vidas en un contexto de salud, político y de poder.

Si bien la carta de Ottawa fue un parteaguas para la promoción de la salud al generar compromisos para favorecer la salud de la población, recientemente ha sido criticada por enfocarse en cambiar los estilos de vida ya que puede señalar a las

personas como culpables. En oposición a este modelo (movimiento global de promoción a la salud de la carta de Ottawa), emergen teorías venezolanas y sudamericanas basadas en los determinantes sociales, apoyándose en el materialismo histórico y el postmarxismo: la salud es vista como un derecho social.

El enfoque de la educación popular también surge en oposición del modelo hegemónico de la salud y considera que son las personas quienes deben ser agentes activos de cambio e involucrarse en la creación de políticas sobre cómo quieren vivir su salud y en cómo transformarla.

El modelo ecológico, hace referencia al individuo en interacción con su microambiente: la relación con su familia, con su comunidad para el mejoramiento de los servicios de salud. También en salud laboral se encuentran modelos ecológicos, cognitivo-conductual, los cuales se enfocan en salud mental. Tocando el tema de la psicología es en donde se encuentran muchísimos modelos para abordar la salud mental, cuyos objetos de estudio son diversos también: resiliencia, madurez, inteligencia emocional, etc; generando así modelos cognitivo-sociales, por ejemplo, la Teoría de la Autoeficacia de Bandura.

Regresando a la escuela clásica, hay otro modelo de promoción a la salud que se enfoca en el cuidado del cuerpo, en el que el cuidado de uno mismo, de los demás y del entorno genera un cuidado de sí, que cobra sentido ético al cuidar no solo de uno mismo sino de la comunidad que nos rodea para lograr la salud.

LAS IMPLICACIONES QUE SIGNIFICA SU INCORPORACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD AL MODELO DE CUIDADOS CRÓNICOS, DANDO ORIGEN A LO QUE CONOCEMOS COMO EL MODELO EXPANDIDO DE CUIDADOS CRÓNICAS.

Después de lo revisado en párrafos previos, a continuación, presento algunos cuadros de la evolución de los modelos de promoción a la salud y las características del MAICP.

## **Evolución de la promoción a la salud      Características del MAICP**

<p>Tradicionalmente, en los primeros modelos de promoción a la salud, el estado de bienestar era visto como la ausencia de la enfermedad, con una clara connotación negativa; ya que bienestar era sinónimo de carecer de enfermedad. Sin embargo, después se teorizó que el tener la enfermedad, no era un impedimento para ser saludable o generar salud; por lo que el antiguo modelo de promoción a la salud fue transformándose.</p>	<p>El MAICP es una forma de atender a pacientes que ya tienen una enfermedad, pero eso no significa que no puedan ser saludables; se puede generar salud a pesar de tener la enfermedad.</p> <p>Los pacientes del PUS, aunque tengan una enfermedad crónico-degenerativa, puede ser que ellos se perciban así mismos como personas saludables, pues la salud va más allá de una falla o alteración biométrica</p>
<p>Posteriormente, se observó que algunos factores sociales eran determinantes en el estado de salud de los individuos, y tales factores no siempre eran factibles de ser transformados, sino que muchas veces son factores que están permanentemente en interacción con el individuo. Esto generó una serie de dilemas y cuestionamientos en el los que se hizo visible que el sujeto no siempre es culpable de su estado de salud, sino que hay factores que están más allá de su responsabilidad y que afectan directamente su salud.</p>	<p>Con el MAICP podemos identificar en que hay factores sociales en el entorno de las y los pacientes que determinan su estado de salud. Estos factores sociales se escapan de las manos de las personas porque muchos de ellos no son transformables, por lo que no podemos culpar a los pacientes por el contexto social en el que viven, el cual les genera alteraciones en su estado de salud. Por el contrario, el MAICP nos permite comprender la situación de cada paciente en específico y generar nuevas líneas de tratamiento y prevención.</p>
<p>Fue entonces que surgieron modelos ecológicos en los que se estudia la interacción del sujeto con su medio</p>	<p>Tomando en cuenta el contexto de cada paciente. En el MAICP, debemos proporcionar educación para la salud</p>

<p>familiar, social y ambiental. Es ahí donde cobra importancia la educación para la salud, en la que los individuos dotados de información e incapaces de controlar factores sociales, pueden desarrollar una capacidad crítica para discernir entre comportamientos nocivos, prácticas de riesgo y conductas saludables dentro de su propia realidad y su propio contexto, para así tomar un rol activo en la generación de salud.</p>	<p>que sea específica para cada paciente, porque no todos los pacientes viven en el mismo contexto. Quienes damos atención primaria a la salud, debemos tener la preparación académica para proporcionar la información necesaria para que los pacientes tengan las herramientas para tomar decisiones favorables respecto a su salud y que coincidan con su realidad, no pedir al paciente que haga cosas imposibles fuera de su alcance.</p>
<p>Aunado a esto, surgieron modelos disidentes en América Latina en los que se cuestionaba el modelo hegemónico de la salud donde el personal de la salud tiene una supremacía en la toma de decisiones. Estas teorías disidentes postmarxistas, proponen que sea el individuo quien se emancipe y decida el curso de su propia salud y no esté pasivamente bajo imposiciones de quienes suministran salud, sean políticas públicas o los profesionistas de la salud.</p>	<p>En el MAICP la relación médico paciente se da de forma horizontal, no hay una supremacía del médico en la toma de decisiones. De hecho, se espera que las y los pacientes sean sujetos informados y capaces de tomar decisiones sobre las prioridades de su estado de salud, y sobre la forma en que se llevará a cabo el tratamiento. Al ser enfermedades crónicas, se espera que los pacientes se emancipen y liberen para que ellos y ellas mismas tomen las riendas de su salud.</p>
<p>Regresando al modelo clásico en el que se invita a los individuos a generar conductas de autocuidado, se propone una cultura de cuidarse de sí, en la que las personas se cuidan a sí mismas, cuidan de los demás y cuidan su</p>	<p>Además de lo mencionado, en el MAICP se espera que, así como las y los pacientes aprendan a auto cuidarse, también cuiden a los demás; es decir, a su familia, a personas de la comunidad que también tienen padecimientos</p>

entorno. Esto genera entornos de vida saludable con un contexto ético, pues no sólo se busca en cuidado del individuo en sí mismo, sino también de los demás a nuestro alrededor como parte de nuestro entorno.

crónicos. A su vez, las personas pueden generar ambientes comunitarios de auto cuidado; los encuentros del PUS son espacios en los que los pacientes participan para generar una comunidad de autocuidado.

## ADECUACIÓN AL MAICP

Como las enfermedades crónico-degenerativas han aumentado excesivamente en todo el mundo, llegando a ser una pandemia, se ha buscado la forma de tener un mejor abordaje a partir de evidencia científica para prevenir y tratar estos padecimientos. Es así como la OMS en 2002 sugiere que la mejor forma de tratar estas enfermedades es con un abordaje múltiple. El MAICP es un abordaje justamente de este tipo, y es un modelo que ha sido implementado con éxito en países de primer mundo como Estados Unidos, Reino Unido y Suecia son bastante éxito **(8)**.

Este modelo de promoción a la salud puede aplicarse a nivel preventivo, pero al ser un modelo salutogénico, que no está basado en la ausencia de la enfermedad, también resulta muy útil implementarlo en pacientes que ya tienen la enfermedad para evitar complicaciones y mantener un control de la enfermedad; es decir, un estado saludable.

El modelo de promoción a la salud del MAICP, es una estrategia basada en múltiples modelos de promoción a la salud. Por tanto, se enfoca en el estudio de la salud de un individuo desde varias aristas, es así que el MAICP es una forma holística de atender a las personas. Al usar en MAICP en la atención primaria a la salud, se puede tratar al individuo como un ser único con características únicas en un contexto específico, por lo que el tratamiento deberá ser específico también. El hacer esta intervención holística, resultará en mejores resultados en el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas-degenerativas. Pues los pacientes

reconocen a su padecimiento no como un obstáculo, sino como una nueva forma de autocuidado.

Además, rompiendo algunas barreras hegemónicas del antiguo modelo, el o la paciente puede ser partícipe activo en la toma de decisiones y eso favorecerá que sean los y las pacientes quienes sepan autocuidarse y dirigir el rumbo del autocuidado. Una vez que el paciente parece que no tiene enfermedad porque no la padece, sino que aprende a vivir con ella, puede ayudar a terceros a autocuidarse e incluso, generar ambientes de autocuidado en su comunidad; por ejemplo, salir a espacios públicos a hacer ejercicio con amigas, familiares y extenderlo a la comunidad. De ahí el éxito exponencial del MAICP.

## b. ENCUENTROS DE SALUD

### i. 9° ENCUENTRO DE PACIENTES DEL PUS

En este encuentro llevado a cabo en enero de 2023, participé como relatora. Este encuentro se llevó a cabo en el auditorio abierto de la UAM Xochimilco, por la mañana. Acudieron varias personalidades que a continuación describo: el rector de la unidad, el doctor Francisco Javier Soria, quien habló sobre los factores sociales que condicionan las enfermedades crónicas no transmisibles. También habló el secretario académico de la unidad, el doctor Jorge Castañeda Sánchez quien comentó que el PUS es un programa financiado por Conacyt ya que se encuentra acorde con la estrategia nacional de salud para atacar estas enfermedades crónico-degenerativas. En representación del Instituto Nacional de Salud Pública fue el doctor Simón Barquera Cervera, quien es ex pasante de la primera generación del PUS; él comentó que su servicio social le ayudó a saber integrarse a las comunidades y que esta experiencia lo orientó a dedicarse a la salud pública. La hermana Enri, encargada del MPPCS, dijo lo siguiente: “además de proporcionarnos información para la prevención y el autocuidado, han fomentado el sentido comunitario como parte integral de la salud” **(2)**.

En este encuentro, yo me encargué de hacer la relatoría de la mesa que coordinó la pasante que estaba por egresar Karen Puello. A continuación, se anexa el informe de la relatoría que realicé de ese encuentro.

<b>Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica</b>			
<b>Mesa No:</b> 5	<b>Coordinador(a):</b> Karen Berenice Puello Nakayama	<b>Página:</b> ___ de ___	
	<b>Relator(a):</b> Graciela Haideé Ortega Moreno		
	<b>Taller:</b> personal	<b>Fecha:</b> 26/enero/2023	
<b>1. Personas participantes:</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Consultorio</b>
María de Lourdes Jiménez Soto	M	69	Piloto Culhuacán
Efigenia Garnica Vigil	M	78	San Pedro Mártir
María Elena Bolaños González	M	52	Huayamilpas
Graciela González Sánchez	M	40	Huayamilpas
Eduardo Alberto Martínez Flores	H	22	Huayamilpas
Rosa María Flores Palmas	M	47	Huayamilpas

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

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

**Utilice tantas hojas como sea necesario**

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

KAREN: Bueno como les dije, el objetivo es poder conocer su perspectiva primero. Bueno son dos talleres, el primero va a ser respecto al confinamiento, a la pandemia de covid-19, como fue que nos afectó de manera personal, ¿De acuerdo? La dinámica es que necesito que todos me ayuden a participar. Las participaciones son voluntarias y ahorita voy a ver las reglas de la plática. Tenemos un tiempo aproximado para los dos talleres. Para empezar, ya saben, esto es un ambiente amigable, pueden confiar en que pueden decir lo que pase por su cabeza. Lo que aquí se dice, aquí se queda. Nosotros guardamos la información, pero esto es para que nosotros sepamos como los podemos ayudar mejor y realmente pues tenga un impacto positivo en su salud, ¿de acuerdo? Les voy a pedir por favor que si quieren hablar levanten la mano ya que no podemos hablar varios al mismo tiempo. Todas las participaciones son valiosas, todo lo que ustedes nos aporten a nosotros nos sirven muchísimo. Se puede estar en desacuerdo con lo que alguien más del grupo dice, no todos vivimos las mismas circunstancias, sin embargo, todo lo que opinemos es valiosos y todas las opiniones son respetables ¿de acuerdo? Como ya les dije, lo que aquí se dice, aquí se queda y nada más les voy a pedir que respondan las preguntas de la manera más breve y precisa que puedan. Si tienen alguna pregunta con toda confianza me dicen y retomamos ¿de acuerdo?

KAREN: empezando con las experiencias de autocuidado, o sea, como nosotros nos cuidamos a nosotros mismos durante la pandemia. ¿Cómo es que nos cuidamos de nuestras enfermedades crónicas durante el confinamiento?

GRACIELA: Bueno yo no me cuidé para nada, porque a mí no me gusta estar encerrada. Yo así estoy como un gato que quiere arañar. Yo me salía luego, luego a caminar, camine y camine a Huayamipas, hasta Chapultepec. Me subí al castillo, visité todos los animales, regresaba y todo. Yo dije pandemia, que pandemia ni que pandemia, son inventos del gobierno, ya nos ha hecho muchas el gobierno y son inventos del gobierno: no que sí, que la pandemia, qué pandemia ni que pandemia, dije groserías porque me cerraron las casas de cultura, no podía trabajar ni nada. Hasta les decía groserías y les mentaba la madre a los coordinadores de las casas de cultura porque precisamente yo no quería estar en pandemia. Tomé grupos de alumnos y les daba la clase particular ahí en la virgen, sentadas ahí en la virgen y ya me iba corre y corre y luego me iba, que pandemia ni que pandemia, nunca me cuidé, nunca francamente. Es más, esto lo aventaba por allá (refiriéndose al cubre bocas), nunca.

KAREN: alguien que me quiera compartir su experiencia por favor

ROSA: todos tomamos diferente la pandemia

LOURDES: bueno yo si me cuidaba, iba con su hijo, y él me llevaba a todas partes, íbamos en carro y sí salíamos lejos donde había gente. Nos íbamos por ejemplo a mineral del chico, entonces ahí es muy bonito, te desestresas mucho. Entonces sí realmente nos cuidamos mucho. Mi esposo falleció hace dos años, pero no de la epidemia, sino por la diabetes. Y sí son malas experiencias que tiene uno que

ayudarla y a mí me operaron del a vesícula, del páncreas estuve un mes internada. Me sentí, bueno estuve muy grave y de ahí yo pienso que quedé con la hipertensión arterial

KAREN: sí claro todo el ambiente, todo lo que nos rodea afecta como nosotros nos cuidamos de las enfermedades crónicas. Pero nada más para regresar, entiendo que usted es hipertensa.

LOURDES: sí

KAREN: específicamente en la pandemia como es que usted.....o sea, qué estrategias hizo en la pandemia para cuidar específicamente la hipertensión....¿hizo algo en especial?

LOURDES: No, yo tenía cita en el parque de los venados que ahí me operaron y ahí se dieron cuenta que yo tenía hipertensión y ahí me mandaron a mi clínica para que me la detectaran bien, hicieran estudios y de ahí ya me dijeron que era hipertensa. Ahorita estamos en el consultorio con este doctor, que me ha mandado a hacer muchos estudios y en todos salgo bien. Entonces estoy entre que sí, pero la hipertensión es la que sí tengo alta

KAREN: Alguien más que quiera compartir

ELENA: bueno yo, yo realmente trabajo en campo, mi trabajo es tocar casa por casa y nos tocó trabajar en pandemia. Yo también pensaba lo mismo que la señora: ay no, son chismes. Pero no porque varios de mis compañeros murieron de esa enfermedad y yo con esa enfermedad que tengo me aterraba, me mordía las uñas. Pero yo tenía que trabajar porque a mí nadie me mantiene. Y bueno ya, total dicen 15 días y ya me moría, pues me tenía que ir a trabajar. Y realmente yo tenía que comer en la calle, tomar agua en la calle. No sé, Diosito me cuidó porque si teníamos muchas este....nos cubrían con el cubre bocas, andar con la careta, teníamos que tener el gel, o sea tuvimos muchos cuidados para no enfermarnos. Y de hecho pues estoy aquí, mis compañeros...muchos no.....también papás de mis compañeros, mamás murieron del covid. Yo decía este.... Yo también pensaba es puro chisme y esto, pero ya a la mera hora que también una amiga se murió su hijo siendo doctor, se murió del covid. Yo me quedé así: ay Dios mío me protege porque no me he muerto. Yo tengo una enfermedad crónica y hasta la fecha me sigo cuidando porque sigo trabajando tocando casa por casa y hay enfermos todavía, entonces este yo no sé qué ha pasado porque yo como en la calle mis alimentos. Lo que sí es que me da mucha gripe, sufro de que me da este..... me llora el ojo, tengo gripa. Pero de ahí en fuera no me he enfermado gracias a Dios. Mis alimentos ahora sí, pues sí he comido muchas grasas, este gorditas y eso porque luego no me da tiempo, pero ahorita ya debo tener un orden porque ahorita tengo elevado todo por no cuidarme y además, mi trabajo es muy estresante porque como estamos más con adulto mayor, son más necios. Dicen que por ejemplo el covid, o por ejemplo ahorita de sus ayudas, si no les llega su dinero no es cuestión de nosotras, no traigo el dinero en la mano, ni el jefe, ¿verdad?, ni de la jefa tampoco, entonces son los bancos no este, pues hacen sus cosas. Entonces nosotros solamente atendemos a las personas, entonces yo tengo que seguir trabajando, aunque yo esté enferma, tengo que seguirme cuidando, pero es para mí. Ahí si tengo yo que ver el cuidado mío.

KAREN: oiga Elena y hablando específicamente de la hipertensión y diabetes que usted padece, ¿hizo algo diferente durante la pandemia para tratar de cuidar esa parte o siguió su vida normal como siempre?

ELENA: no sí hice, o sea, si procuraba....sí me dijeron los médicos como ustedes que en vez de gorditas comiera tacos de guisado, ya no refresco. Y es que luego, nos juntábamos todos, compraban sus

refrescos y te dan tu vaso, ¿no?, y tómatelo y yo así: no gracias.....tómatelo, pero te lo hacen así (simula ofrecer un vaso), y yo: no gracias, o me tomaba tantito y hacía como que se me caía el vaso porque a mí sí me gusta el refresco pero como me dijeron tantito no te hace daño, tómale tantito y ya lo tiras, y eso es lo que estoy haciendo. Pero ahorita como ha habido mucho estrés, o sea si llevo una alimentación....pero como he tenido mucho estrés, yo pienso que es eso.

KAREN: alguien más que quiera aportar cómo cuidaron sus enfermedades crónicas durante la pandemia, por favor

EFIGENIA: ciertamente a mí me dio mucho miedo, mucho miedo porque yo era la responsable del consultorio de San Pedro, por ejemplo. Y me decía la doctora, es que ya no voy a venir porque es cierto lo que está pasando de la pandemia. A mí lo que me dio me dio fue mucho miedo, y cuando ya se retiraron que fue en marzo, que ya se retiraron los médicos, dije: pues es cierto, me voy a ir a la casa, voy a estar en la casa. Pero tenían que ir a trabajar los hijos y salir. Entonces yo tenía un medio, lo que hacía era manejar mucho el cloro, el jabón y todos eso para que no nos fuéramos a contagiar y sobre todo luego luego el alcohol para quien llegara y rociarnos de alcohol y todo eso. Pero yo siempre le he tenido mucho miedo a la pandemia porque se empezaron a morir compañeros que duraban 8 días, 3 días y se morían. Y yo decía: es que es cierto, no es mentira..... pensaba que, como dicen las señoras, no es cierto, pero cuando ya nos dejaron los consultorios, nos dio mucho miedo.

KAREN: oiga perdón y hablando específicamente de las enfermedades crónicas que usted padece, usted tiene hipertensión, ¿hizo algo diferente durante la pandemia para cuidarse mejor?

EFIGENIA: sobre todo a mí se me subió mucho la presión y tuve que ir al hospital. Entonces en cardiología que fue donde me atendieron me cambiaron el medicamento, no cambiando, sino más bien otra dosis más, con eso seguí y con eso estoy. Eso fue lo que pasó, me estabilizaron.

KAREN: ¿a ustedes les gustaría compartirnos algo? (se dirige a Rosa y a su hijo Eduardo)

ROSA: cuando empezó lo de la pandemia, pues como todo ¿no?, la ignorancia nos atemorizó. Pero dije, bueno es lo que hay y a mí me gusta vivir, entonces dije ya estamos aquí. Empecé a informarme, qué es lo que tenía que hacer para evitar el contagio. Yo adquirí hábitos, muchos hábitos que ya se quedaron para siempre, que para mí es muy difícil ya poder quitarme tal vez el cubre bocas en situaciones de ese tipo, me sanitizo constantemente. Pero vamos a empezar a hacer plan alimenticio comiendo 5 veces al día, a bajar los carbohidratos porque sé que de por sí el estrés estando encerrados y el exceso de carbohidratos pues ya era una bomba detonante. Entonces pues vamos a comer sano y empezar a hacer ejercicio porque él (refiriéndose a su hijo Eduardo) es un poquito más flojo para hacer ejercicio, pero lo dejé en su zona de confort porque no sabíamos cuánto tiempo íbamos a estar así. Se decía que iba a ser bastante tiempo, de hecho, todavía está la pandemia. Y nosotros creemos ciegamente que porque ya nos dijeron que ya nos podemos quitar el cubre bocas y hacer lo que queramos pues no. O sea, está todavía vigente y ya nos vacunamos y todo pero tenemos que seguir con buenos hábitos. Cuidarnos más que nunca de todas las enfermedades que tenemos porque nosotros somos todavía más frágiles en cierto modo o en todos los aspectos para atendernos. Porque ellas como dicen: murió un médico. También fui bastante consciente dentro de la familia hay médicos y dije qué necesidad hay de que personas preparadas que les costó tanto tiempo su estudio, o sea, yo platicaba con ellos, fallezcan por una situación de una fiesta o por una situación de que a no me interesa, o una situación de que a lo mejor digo a mí no me va a pasar. Pero ya estando ahí, dentro de, nos damos cuenta que no vale la pena

descuidarte y afectar a todos los demás Empezamos a conversarlo, tomar nuestro medicamento. Como le digo, seguimos siendo parte de la pandemia pero ya bajándole sin tanto miedo porque si no el estrés nos eleva los niveles de colesterol, los niveles de azúcar. Y después de la pandemia hasta ahorita me la llevaba bien tranquila en el caso de que teníamos que salir a trabajar para comprar los alimentos y todo, pero sí me la llevaba más tranquila porque era de que no sé cuánto tiempo va a pasar pero, a cuidarnos. Y después de la pandemia hasta ahorita nos seguimos cuidando, pero es un cambio de que queremos llevar un buen control no solo por la pandemia sino por cómo se va desgastando el cuerpo conforme la enfermedad va avanzando, es una enfermedad que aunque se detenga, es una enfermedad con la que tienes que aprender a convivir y digo finalmente que te están quitando....los carbohidratos, las grasas, los malos hábitos. Y te están diciendo ponte las pilas que tienes que alimentarte bien tienes que estar sano, tienes que hacer ejercicio y es de lo que nos hemos olvidado todos prácticamente, de una sana alimentación para nosotros, de una calidad de vida adecuada para evitar ese tipo de complicaciones. Echarle ganas y dentro de ver lo malo, ver lo bien, porque es para nosotros, es lo único que tenemos y la movilidad, la independencia y la salud es invaluable. Y entonces por eso cambiar hábitos, modificar y no caer en la tentación porque lo que hace rato comentaban, después de la pandemia qué salimos a hacer: mal comer, no hacer ejercicio y estar estresados, tomar refrescos, o sea, empezar a bombardearnos con cosas dañinas. Pues eso es lo que prácticamente hacemos. Yo lo llevo y de cierto modo para que jalemos todos juntos, que es un hábito que todos podemos hacer: ejercicio, sana alimentación, no estrés y estar tranquilos.

KAREN: tú también (refiriéndose a Eduardo) tienes una perspectiva muy diferente de todas nosotras simplemente por la edad ¿no? Lo vives de forma diferente. ¿Entonces tú hiciste algo durante la pandemia para acompañar esas enfermedades crónicas que tienes? ¿Seguiste tu vida igual respecto a tus enfermedades?

EDUARDO: nada más que procurando tomar mis medicamentos y manteniendo las manos abajo para evitar estar agarrando las comidas con más grasas

KAREN: lo que puedo concluir de todo lo que dijimos es que este confinamiento sirvió para poder alejarnos....no sé, por ejemplo de poder asistir a consultas, de tener un seguimiento más continuo. Tal cual la pandemia como enfermedad nos hizo a lo mejor un poquito más conscientes de qué cosas tenemos qué hacer para cuidarnos de manera mejor. Porque el cuidado, como todos ustedes lo mencionaron, no solamente es lo que el médico te prescribe cosas.....

ELENA: otra cosa bien importante que nuestro.....bueno la que nos tocó en pandemia, las dos chicas muy atentas nos llamaban por teléfono y se tomaban creo que toda la hora para decirnos y este y hasta de psicólogas, de todo, nos ayudaban mucho. A mí me ayudaron mucho porque también estuve muy tensa, porque yo decía: ya me voy a morir y ya. Y no, me ayudó mucho, mucho. Gracias a ustedes, le digo, gracias a ustedes estoy viva, sí, gracias.

KAREN: bueno, este es un trabajo conjunto porque ustedes se cuidan. Un médico puede recetar mil cosas y un paciente a lo mejor también puede tomar mil decisiones. Pero justo es como ustedes me comentan: el esfuerzo en conjunto es lo que hace cambios y da buenos resultados. Entonces también me gustaría comentar con ustedes cómo fue la convivencia entre sus familias durante la pandemia. Hay casos en los que pues, a lo mejor dejamos de ver a nuestra familia por mucho tiempo, otros en los que a lo mejor tuvimos que estar todos en nuestra casa.

ELENA: sí, yo tuve que dejar a mis familiares este, porque ellos viven en Tulyehualco. Y este, me decía una de ellas: porque no vienes a visitar a tu tía, ella tenía el oxígeno, pero no era de covid, era de que fumó mucho. Y le decía no, porque si yo llego a adquirirlo en el camino, la mato inmediatamente, le digo. No, de hecho, no he ido a visitar, solamente a los que están ahí. Y cuando ellos así tenían una fiesta de mis sobrinitos o algo, este por decir, nada más era la parejita, los hijos y por ejemplo mi hermana y yo y ya éramos la fiesta. O sea, y luego ni hacían nada, nada más el puro pastelito porque no....esté, por lo mismo que los niños no querían que este, que se contagiaran o nos contagiáramos no hicimos en pandemia, nada, nada así como se hacían las fiestas antes de los niños. Ves que venían y los globos y todo eso.....nada, nada.

LOURDES: yo nunca a salí

KAREN: ¿y con su familia?

LOURDES: porque mi familia.....son de Puebla, entonces pues no, no podíamos vernos. Mi hijo me decía, pues yo me quedé sin trabajo porque él trabaja en Uber, entonces ya ves que no había gente ni nada, entonces él estaba aquí. Y te digo que yo salía mucho a convivir con él, porque él es el único que está acompañándome porque falleció mi esposo y ahí sí estuvo complicado todo

KAREN: bueno, por lo que usted comenta, por lo visto la pandemia la acercó a su hijo.

LOURDES: Sí tuve más convivencia porque con el trabajo nunca están en casa, bueno yo ya soy jubilada, yo soy testiga de Jehova y también tengo mis reuniones por zoom, nunca nos juntamos. Entonces eso me ayudó mucho a sobre llevar todo esto que pasamos. Y este, fue algo como refrescante para mí y más que todas las reuniones que tuvimos, nos hablamos entre todos y era una cosa muy bonita para mí. Entonces mi hijo también se juntaba con nosotros y él me decía mamá, tú no tengas miedo.....no yo no tengo miedo, yo le tengo respeto a esa enfermedad, nada más y darme los cuidados nada más. Él, fíjate él si se fue a Acapulco y regresó enfermo de covid, y yo lo tuve que cuidar, todos los cuidados: nos hicimos pruebas, bueno yo nunca salí positiva y el sí. Entonces fueron como...un mes que estuvo en cama y lo ayudé mucho y mira aquí estoy, gracias a dios no nos pasó nada.

KAREN: alguien más que nos quisiera compartir cómo fue la convivencia con su familia

EFIGENIA: yo creo que en algunas familias hubo convivencia, hubo acercamiento. En mi familia hubo mucho acercamiento, pero no fue propiamente por la pandemia, sino porque mi esposo hacía 18 años que había tenido cáncer de estómago y había superado por bastante tiempo esa situación. Pero cuando llega la pandemia y se enferma de la garganta, y era un linfoma. Entonces él empezó a tratarse y ahí teníamos que salir a fuerza al hospital, porque no podíamos....no podía quedarse así. Era este....detectan que el linfoma era canceroso y debía de tener las quimios y todo eso. Si hubo un acercamiento porque mis hijos se hicieron cargo de nosotros, tanto de él como enfermo como mí que me enfermé de mi rodilla que ya no pude caminar. Entonces era con miedo, pero se veía el apoyo de la familia; todos decíamos: Dios dirá. No nos enfermamos nadie de covid. Si este.....teníamos el miedo y el temor de que fuéramos al hospital. Había hospitales que no recibían otro paciente que no fuera de covid y creo que estuvo bien difícil la situación de la enfermedad de mi esposo. Pero la familia nos unimos más, todos asumiendo una responsabilidad, ellos de atender y llevar a su papa al hospital y yo de tener sus alimentos de todos. Y creo que fue como pudimos sobrellevar todo. Mi esposo falleció hace un año, pero fue por las secuelas que dejó la quimio.

GRACIELA: Yo no le tuve miedo nunca a la pandemia, yo dije que no. Yo como me creo yo doctora, entonces traía siempre unas cajas de Ibuprofeno, entonces ya sabía que si había tis, luego, luego glup glup, el ibuprofeno con un trago de agua. Contaba las horas, ah no, ahora es el paracetamol. Ah no, pues ya el paracetamol no, traía la jarra de un té que no me acuerdo cómo se llama y glup, glup el té. Y luego el vaporub todas las noches, todos los días vaporub en las narices, gárgaras de sal y se acabó. Yo nunca le tuve miedo a la pandemia, nunca.....pero yo, me creo doctora, yo.

KAREN: y respecto a su familia, cómo le fue en el ambiente familiar en la pandemia

GRACIELA. Ah, bien, bien, nosotros no tuvimos problemas de pandemia. Mi hermana sí muy estricta, si tenía miedo, no quería que saliera, se enojaba conmigo, mi otra hermana también encerrada, mi hermano, mis hermanos encerrados todos, menos yo. Yo vagando por toda la calle.

KAREN: ¿y vive con ellos, en la misma casa?

GRACIELA: sí, pero yo vagando por toda la calle.

KAREN: ¿entonces había un poco de conflicto por esto? Porque cada uno tenía perspectivas diferentes de cómo abordar la pandemia.

GRACIELA: pero yo porque me creo doctora. Luego me mandaron pedir información por internet de cómo se trataba la pandemia y me mandaron unos medicamentos que si decía tis me los tomara, que esos controlaban la pandemia. La tis que gracias a Dios sí decía tis luego luego el paracetamol combinado con el Ibuprofeno, no sé si estarían bien. Compré vitamina C, compré las.....cómo se llaman.....es una que se llama el Adecón que se toma 1 cada 8 días, pero yo porque digo que soy doctora....qué barbaridad jaja.....no, no, ¡yo estoy terrible, terrible!

ELENA: ¿qué es el Adecón?

GRACIELA: es una ampollita que te la tomas con jugos de naranja cada 8 días.

ELENA: ¿es como vitamina?

GRACIELA: sí, pero te controla.....los pulmones sobre todo los pulmones. Y luego hay otra que se llama el Mustafá (refiriéndose a Montelukast) una este.....una píldora que sí te cuesta cara y te la tomas y es para los pulmones

KAREN: justo eso era la pregunta pasada, qué cosas hicieron o usted hizo para cuidarse en la pandemia, eso también son estrategias

GRACIELA: eso, pero porque yo me la trataba con puro medicamento, qué barbaridad y sin saber por qué una medicina tras la otra, y luego sin saber sus efectos, pero yo decía no pues una medicina y luego la otra

LOURDES: también hace daño ¿no? Tomar tanto medicamento

GRACIELA: no porque ya sé que es por 8 días tomo el Paracetamol cada 6 horas y el Ibuprofeno también este.....lo tomo por 8 días pero cada.....también cada 6 horas.

LOURDES: es que nosotros que somos diabéticos no debemos tomar tanto medicamento

KAREN: las voy a interrumpir tantito para regresar al tema un poquito ¿vale? Porque todavía nos faltan ustedes que nos cuenten un poquito cómo es que fue la convivencia con su familia durante la pandemia, ¿se vio afectada, mejoró? Puede ser el caso contrario que a lo mejor hubo problemas

ROSA: como nosotros vivimos en una familia pequeña fue normal

EDUARDO: bueno al principio fue un poco tenso, porque no estamos acostumbrados a estar tanto tiempo juntos; o sea, como quien diría juntos, pero no revueltos. Nos adaptamos rápido y ya estamos mejor

ROSA: en realidad fue evitar los roces. No sabíamos cuánto tiempo iba a durar la pandemia. La familia no es muy grande, mi mamá vive en su casa, nosotros en la nuestra separada, entonces tranquilos. Aprendimos a sobre llevar y como no somos muy vagos.

EDUARDO: no tuve que cambiar mi estilo de vida, yo si soy de casa ¿eh?

ROSA: muy hogareño

EDUARDO: sí hogareño

## SEGUNDO TALLER

KAREN: y bueno, pasando al segundo taller porque el punto de este encuentro es saber qué estrategias podemos hacer cada uno en casa, para mejorar el cuidado de nuestras enfermedades crónicas. Entonces, me gustaría que ustedes me dijeran propuestas a nivel personal, qué estrategias pueden hacer ustedes mismos desde su perspectiva para aumentar el cuidado de su salud, ¿sí me expliqué?

LOURDES: yo lo que entendí que lo que dijiste es qué hacemos para nuestra salud ¿no?

KAREN: ajá, es que le digo, este encuentro sirve justo para sacar estrategias que a ustedes les funcionen para ustedes desde casa empezar a cuidarse mejor y que tenga una repercusión y beneficio en su salud. Entonces la pregunta justo es qué propuesta a nivel personal usted me puede decir que podría hacer en casa para aumentar el autocuidado de sus enfermedades crónicas. Usted (refiriéndose a Graciela), por ejemplo, me dijo que caminar.

LOURDES: yo camino 20 minutos 2 veces al día. Entonces saco a mis perritos a caminar, más bien ellos me sacan a mí. Este...y bueno, yo tengo una este.....cómo se dice.....una alimentación de la cual me ayuda también para lo de mi rodilla, y es que no comamos fresa, papa y muchas cosas que yo tengo que no puedo comer, precisamente por el tema, mi alimentación sea mucho mejor para mi cuerpo. Entonces eso es lo que yo hago. Todas esas recomendaciones que me mandaron fueron también el pan, las galletitas, el churrumaicito, nada de eso. A veces, pues sí, ¿no? No es tampoco, ay voy a sacrificar mi cuerpo, unas papitas, pero no es del diario. Entonces eso me ha ayudado a sobre llevar un mejor nivel de vida y aunque a veces me duela.....bueno ahorita del frio me duelen mucho las rodillas, pero con ese medicamento que me han mandado de una clínica particular.....entonces todo lo que de ahí me han mandado me ha ayudado muchísimo. De hecho, ellos me hicieron que bajara mucho de peso, yo pesaba 65 kilos, estoy pesando 57.

KAREN: eso es un gran logro

LOURDES: exacto

KAREN: pero entonces justo eso en su caso muy particular, la estrategia que a usted le funcionaría de autocuidado, por lo que usted me dijo, es ser un poquito más consciente del ejercicio que tenemos que hacer, la alimentación, y ese seguimiento médico, ¿no?

LOURDES: claro

KAREN: Ponerse como usted me dice, ponerse reglas

LOURDES: claro

KAREN: para usted respetarlas y cuidarse mejor

LOURDES: exacto. Sí porque así tienes mejores resultados. Si yo digo que si tú no lo llevas a cabo pues no es el daño para el médico, es el daño para mí. Sin embargo, sí yo llevo lo que él me dice, yo he visto buenos resultados en mi cuerpo. Y el médico aquí en Piloto pues también nos atiende muy bien, nos checa cada mes y nos este.... piden estudios y todo para ver cómo vamos. Él nos dice también: las felicito. Y eso es bueno, te sientes bien que alguien te diga....eso es bonito, que te digan que vas bien, te dan ese ánimo de levantarte. Y pues eso a mí me ha servido mucho, yo que estoy sola

EFIGENIA: yo este...lo único que hacía era lo que me dijeron en el cardiólogo, pero había dejado de ir al consultorio. En cuanto me llamó el doctor me dijo que estaba ahí, porque a mí me atendían en San Pedro y me pasaron el expediente a volcanes, porque yo ya no podía caminar, y entonces ya fui salí este....un poquito alta del azúcar, no mucho pero si 114, pero yo sentí que no me gustaba nada eso. Cuando se me subió mucho la presión también me hicieron la prueba del azúcar y eran 129, pero dijo: esto usted lo va a ir bajando como usted sabe bajarlo....que ya se me había subido y yo con la alimentación fui bajando, fui bajando a menos de 100, 97, 89. Y cuando fui al consultorio me tomaron una muestra y 114, y dije no, así no. Yo tengo que ver otra vez en la alimentación e irlo bajando, irlo bajando y ya otra vez que me la tomaron ya tenía 93. Entonces yo sé cómo bajarla con la alimentación, básicamente para mí eso es lo importante.

KAREN: entonces su estrategia para usted cuidarse mejor de sus enfermedades es cuidar más la su alimentación.

EFIGENIA: sí

KAREN: y tener un seguimiento más regular de acudir al médico y digo, ahorita ya facilitando que ya acabó la pandemia y hasta cierto punto tenemos más libertad.

EFIGENIA: sí es la forma en que yo me cuido.

KAREN: y claro que usted se cuida. ¿Alguien más a quien le gustaría compartir?

GRACIELA: yo, ¿yo qué hago? Mira, yo primero camino 100 h alrededor de todo el parque del parque del reloj, luego me meto a Huayamilpas, nunca he acabado de recorrerlo, pero me voy camine y camine todo Huayamilpas. Dos: tomo clases de baile, de baile de salón como la cumbia, la salsa, la bachata y estoy más y más y más. Otra, hago yoga, hago este....me voy al gym y estoy en la bicicleta del gym, subo una pierno, bajo con la otra, pa'abajo, pa'arriba y digo: no pues tengo que bajar tantos kilos. Pesaba 48, dije qué barbaridad, no, yo necesito bajar, no sé cómo, pero yo bajo. He llegado a los cuarenta y qué, a los 48.....no, pesaba 55 y llegué ya a los 48 ya. Pero eso ya es tiempo atrás, porque ahorita peso 48 y estoy muy contenta, ¿por qué?, porque estoy en un peso que me gusta y en un peso que está bien para

mí. Yo como pastel, yo como churritos, yo como Sabritas, yo tomo coca, yo tomo pastel, yo como huaraches, yo como crema, yo como queso, yo como todo, todo, pan y galletas y de todo como y chocolates, y luego me pongo una fuente de Sabritas y estoy come y come y viendo la pantalla.

LOURDES: ¿pero no es diabética, o sí?

GRACIELA: no

ELENA: ¿nada más es hipertensa?

GRACIELA: no, no soy hipertensa

ELENA: ¿ni diabética?

GRACIELA: no. Mi problema es el colesterol y los "triglicéridos". Sí eso es, pero sí tomo la pastilla, ah, sí, sí tomo pastilla

KAREN: entonces, lo que usted ha hecho para controlar esa enfermedad crónica que tiene que es la dislipidemia, es decir, que tiene el colesterol y los triglicéridos altos es tomar la medicina y ser muy activa, ¿no? O sea, hacer mucho ejercicio y ¿usted cree que haya algo extra que podría hacer algo para cuidarse de una manera aún mejor?

GRACIELA: sí claro, sí

KAREN: para este año, ¿qué propósitos tendría?

GRACIELA: no, adiós chatarra, adiós pasteles, adiós.....pero como a mí me gusta mucho los cheetos y las papitas, casi todo, no creo poder quitármelas, porque las amo. Y yo quiero pastel, compro el pastelito, y ya están caros, porque una rebanadita de pastel ya casi cincuenta pesos. Dije, bueno es para mí, me lo como y me lo engullo y me lo como. Pero eso es cuidar la alimentación, sí es otro punto, cómo no. Y sí lo estoy haciendo poco a poquito y sí he bajado mucho de los triglicéridos y del colesterol, sí y sí se puede, sí se puede, queriendo se puede.

KAREN: y Eduardo qué estrategias.....te repito la pregunta, ¿qué estrategias, qué propuestas a nivel personal tienes para aumentar el autocuidado de tus enfermedades crónicas o de tú enfermedad crónica?

EDUARDO: pues principalmente creo que es el tiempo que nos ha brindado la pandemia para nosotros mismos, ya que como estuvimos encerrados no dio tiempo para darnos ese espacio de nosotros mismos cuidar nuestra alimentación preparando nuestros propios alimentos sin tener que consumirlos de establecimientos, que no son saludables, ya sea por comidas rápidas o por aceites quemados. Este, darnos tiempo de hacer ejercicio, a quienes no teníamos nuestro tiempo, aunque no teníamos el espacio libre, eso mismo reducía el estrés que se genera en un ambiente tan agitado como es el de la ciudad

KAREN: optimizar un poco más el tiempo para cuidarnos mejor. A usted Rosa, ¿qué estrategia le gustaría implementar para cuidarse más? O sea, por ejemplo, usted...porque esa es la respuesta de Eduardo, pero cómo usted en particular, qué estrategia, no solamente ha hecho antes, sino qué otras cosas le gustaría empezar a hacer para cuidarse más

ROSA: pues, principalmente hacer un equilibrio en la vida, ¿no? Ya tenemos hábitos alimenticios desde el mes de diciembre, pero empezarlos a cambiar de mayor a menor, poco a poco para que no sea de

golpe y empezar a hacer hábitos que nos sirva. A lo mejor dices, la señora (se refiere a Graciela), yo también me identifiqué, dije: ay los pasteles, qué rico, ¿no?, creo que todos nos identificamos, tenemos un vicio a la comida, el pan, un pastel, unas Sabritas, los tacos, en fin, pero las garnachas, en fin, por algo somos un país mundialmente conocido por nuestra gastronomía. Pero yo, mi estrategia es que me voy a comer unos tacos, me como una ensalada, y si antes me comía cinco tacos y ahora me como uno o dos tacos, así ya equilibrio que me estoy nutriendo, pero ya no me quedo con esa saciedad de estar comiendo en abundancia. Entonces, yo creo que aquí el error que hemos cometido todos, no es tanto la ingestión de alimentos que nos hagan daño, sino el exceso que comemos de cada uno de ellos. Como dices, las grasas, fijarnos bien dónde comemos, a lo mejor vas a pagar uno o dos pesos más, pero estás comiendo un producto de un poco más de calidad. Y la estrategia de hacer ejercicio, sobre todo, independientemente de amarme para así poder darles a mis hijos la calidad de vida que se merecen, porque yo soy consciente, son dos varones, pues el día de mañana que yo llegue a caer en una enfermedad, quién me va a cuidar ¿no? Entonces, ahí es como te estás proyectando, si Dios me da la bendición de llegar más adelante, pues una calidad de vida bien. Y dices, ¿cómo lo logro?, pues con una sana alimentación, hacer ejercicio, tener buenos hábitos, dormir, no estar estresados, ser feliz. Pues simplemente es eso, a eso venimos a esta vida, a complementar todo eso y a ser felices. Entonces, sí me ha funcionado, eh, no tener hábitos étlicos, bueno, en este caso de alcohol, obesidad, drogas, exceso de dormir, estar pegados a un aparato todo el tiempo. Todos esos son factores que se están haciendo como parte de la vida y no nos damos cuenta del daño que nos hace. Entonces a lo mejor dices, optar por otras cosas que a lo mejor son más sanas y evitar todo lo que nos va desgastando en cuestión de salud.

KAREN: y les digo, cada uno tiene perspectivas diferentes, porque no todos vivimos en las mismas condiciones

GRACIELA: sí, pero también yo como doctora, según yo digo, bueno tengo el problema de los triglicéridos y colesterol, ¿qué hago?, yo como nopal, ajo.....nopal, ajo y avena y con eso se van bajando poco a poco los triglicéridos y el colesterol. Cuidar la alimentación

LOURDES: los licuados verdes son muy buenos, nopalito, manzana verde.

GRACIELA: ah la manzanita

LOURDES: la manzana, pero verde.

GRACIELA: ah pues no sé, yo manzana con este, con avena

LOURDES: sí también es bueno, pero déjela remojar la avena, y luego ya se la toma

GRACIELA: sí, pues la alimentación

KAREN: y ya para cerrar, me gustaría saber qué expectativas tienen respecto a sus enfermedades crónicas, o sea, qué les gustaría si se pudieran dar un consejo o decir: bueno, quiero llegar a cierto punto o meta, ¿qué se dirían a ustedes mismos, ¿qué es lo que quieren respecto a sus enfermedades?

LOURDES: yo quiero cuidarme mucho para vivir un poquito más, ¿no? Una calidad de vida mucho mejor para que yo tampoco no sufra, ay que ya me duele esto, que ya me molesta aquello. Ya cumplí 69 años, ya estamos llegando a una edad en que todo nos duele y que hay que cuidarnos para no caer, que una caída o que una mal cortada, una que es diabética. Entonces, qué sería, tener una mejor calidad de

vida, es cuidarnos, cuidarme mucho y llevar una alimentación, la alimentación que llevo, todo lo que me ha dicho mi doctor, sería mi meta para vivir un poquito mejor.

KAREN: ¿alguien más a quien le gustaría compartir respecto a sus enfermedades, qué expectativas tienen?

GRACIELA: yo, ya dejar de tomar medicinas y estar muy tranquila sin tomar ni una medicina, ni una. Bueno todavía la manzanita, avenita, lo nopalitos y nada más. Pero se tiene que tomar, aunque yo diga que no, sí se tiene que tomar, porque los triglicéridos van en aumento y el colesterol no pues sí se tienen que tomar, me guste o no me guste, es regla ¡ya!

KAREN: Elena le iba a preguntar cuáles son sus expectativas respecto a las enfermedades crónicas

ELENA: bueno, yo más que nada ponerme el propósito de tomar más agua, porque a veces cero agua, cuando hace frío tomo té, sí tomo té, pero agua sola me cuesta mucho trabajo. Y también este, sé que tengo que comer más nopales porque también los dejé porque te aburren. Y tomar verduras también te aburren cocidas y eso se me echaban a perder, ya llegaba, las hacía, las cortaba, las cocía y las dejaba en el refrigerador y se echaban a perder porque también me aburrían, entonces....no sé, buscar estrategias para tomármelas porque tanto tiempo con verduras y eso sí me aburre. Por eso yo creo que todo se me subió, porque deje de hacer, este... comer verduras, agua, porque el ejercicio diario lo hago. Y el estrés también de tomar el consejo de mi compañera que me dice: ya no les hagas caso, tú ya este...no hagas caso, no te enojas este.... que digan lo que digan, ¿no?

GRACIELA: le digo, tú ya date la vuelta y ya o contéstales con la misma moneda

ELENA: ajá, entonces yo digo que es el estrés y más que nada eso

KAREN: y bueno, esas expectativas son para lograr qué, ¿qué le gustaría a usted respecto a su enfermedad?

ELENA: más que nada para cuidarme porque digo, ¿quién me va a cuidar cuando este yo viejita? No me gusta que este, estar con alguien que esté atrás de mí o que me esté diciendo, me molesta que te estén: que ya no hagas esto y que tienes que comer esto, eh, no me gusta que estén atrás de mí, entonces yo me tengo que cuidar sola, para que no me molesten

GRACIELA: sí tiene razón

KAREN: y Efi, ¿le gustaría comentar algo respecto a qué le gustaría respecto a las enfermedades crónicas que tiene?

EFIGENIA: sí es cuidarnos y darnos...es como ir aceptando esta etapa de la vida. Yo tengo 78 años y para mí ha sido difícil porque antes yo hacía todo, y ahora lo hago con tanta paciencia porque no puedo hacerlo rápido. Entonces eh, uno tiene que ir aceptando estas etapas de la vida y también eh, pues cuidarse porque aunque tenemos hijos e hijas, también no queremos ser una carga para ellos, porque ellos tienen sus actividades, tienen su vida ya trazada y que nosotros por nuestras enfermedades llegamos a ocuparlos y necesitamos de su apoyo.

KAREN: claro

EFIGENIA: pero yo sí quiero vivir mucho tiempo

KAREN: entonces, respecto a lo que me dijeron, una motivación es el querer estar bien, no solamente para nosotros, sino para la gente a nuestro alrededor.

GRACIELA: ajá, sí, sí exactamente eso es

EDUARDO: si pudiera darme un consejo sería hacer ejercicios de memoria porque luego se me pasa tal vez tomarme el medicamento en el desayuno y si quiero hacerme un sándwich para entre comidas tomarme mi medicamento o a veces olvido tomar las cantidades de agua necesaria, eso es, no acordarse. Y mi propósito sería controlar este, poder controlar mi enfermedad sin necesidad de medicamento y con ejercicio si hay posibilidad.

KAREN: ese es un buen propósito, ese es un gran propósito y estoy segura que siguiendo sí se puede, claro que se puede

ROSA: pues lo mismo, como dice él, es como un poquito tedioso estar tomando medicamento y acordándose todo el día. Y mi propósito y mi meta es controlar, exactamente controlarlo con la alimentación, el ejercicio y los buenos hábitos. Es difícil porque sí, uno dice ay ya, pero ya empezando a tomarle el curso, ya es más fácil para tener una calidad de vida adecuada y en prevenir, que tal uno nunca sabe un accidente, también tener el azúcar en control para una operación o algo de emergencia, salir pues bien y rápido. Tener na calidad de vida adecuada y quitarme los medicamentos.

KAREN: perfecto. Les agradezco a todos que hayan participado y les digo que esta información a nosotros nos sirve mucho para saber qué estrategias podemos hacer con ustedes y que ustedes también sepan cómo cuidarse, desde donde empezar, ¿no? El cuidado de la salud empieza desde casa, no solamente en el consultorio y el que todos ustedes estén aquí, que tengan tantas ganas de participar y de estar bien, se los juro que es el 80% de lo que se puede hacer en la consulta. Entonces, les agradezco muchísimo y bueno, no sé si alguien quiera decir algo

LOURDES: sí, te agradecemos mucho y que les sirva a ustedes

KAREN: claro, y justo para eso también es este grupo de discusión, para bueno, saber a lo mejor yo tengo esta perspectiva, yo puedo hacer esto, pero también el escuchar lo que los demás viven o lo que los demás realizan también nos sirve a todos para cuidarnos de mejor manera. Entonces es súper valiosa sus aportaciones y se las agradecemos de verdad

GRACIELA: van a ser parte de un concurso o qué

KAREN: por ahora ya acabamos, posteriormente va a ser la plenaria

ELENA: ¿esto es para nosotras?

KAREN: eso es para ustedes, ese justo es lo que nos dieron en la exposición, de cómo es que hemos ido avanzando de antes de pandemia y después ha habido un cambio grandísimo, para que ustedes sepan más o menos que eso también les sirve a nivel nacional

EFIGENIA: doctora, yo creo que también de mi parte les agradezco y también les pediría algo que a veces se les olvida a los médicos.

KAREN: sí claro

EFIGENIA: El enfermo acude al médico cuando necesita el buen trato, la buena acogida, la buena orientación alivia más al paciente que todo. A veces no es cuestión de tanta medicina, sino es más bien que lo escuchen, que lo atiendan y que uno salga contento de que lo escucharon. Y esa necesidad este, a veces pues sí, sí hay médicos que tratan mal, la verdad, eso a mí me....eso a mí me da mucha tristeza, porque luego creen que vamos al doctor nada más para ir a fastidiarlo.....sino porque necesitamos de ustedes y el mal trato que se vaya dejando de lado.

KAREN: yo creo que justo es lo que hemos mencionado aquí, es un trabajo en conjunto; o sea, que el paciente, pero que también el médico ponga de su parte. Si una parte de la cadenita falla, el resultado definitivamente no va a ser el óptimo.

LOURDES: una experiencia que tuve en el seguro social, yo vi la enfermedad de mi esposo. Luego me hacen estudios y me dicen y tú ya eres diabética y entonces salí llorando, porque sí yo ya vengo a ver a mi esposo, cómo te sientes cuando te dicen. O sea, no tuvo la táctica de decir, no sé con otras palabras, cuídese, porque esto, esto, no sé. Ustedes que son más estudiados, pueden tener el tacto de decir esa enfermedad, pero así de golpe. Yo salí, llegué a mi casa y me puse a llorar. Entonces es una experiencia para que ustedes como médicos, no todos tenemos el aguante de que te digan tienes esto, ay, pues qué bueno, ¿no?, uno se viene abajo

KAREN: claro y también entiendo, mire ahorita nosotras estamos de este lado del escritorio y aunque no lo crean yo también he estado en su mismo lugar. Entonces, les digo, justo todas estas aportaciones que ustedes nos dan respecto a todo, respecto a sus ambiciones, sus expectativas, de cómo les gusta cuidarse, qué cosas pueden hacer desde su casa, sirven mucho justo porque que el tratamiento no solo es tomar una pastilla, va mucho más allá que eso. Y que ustedes también lo entiendan y pongan un dedo en el renglón, más de la mitad del trabajo está hecho.

ELENA: yo tengo una duda acerca de los avances de la diabetes. Yo he escuchado que no sé en qué país de Europa se podían ya hacer este.....como una operación hacia el páncreas. No sé qué tanto sea cierto. Y también que hay aplicaciones que uno pone el dedo en el teléfono eh, cuánto tienes de insulina, porque yo he visto en el "feis" que te ponen allí este, eh pon esta aplicación y pones tu dedo y te va a salir cuanta azúcar tienes, ¿no? No sé, la verdad yo nunca he hecho eso, tengo duda en eso.

KAREN: si quiere eso se lo explico en la consulta, le explico ya todo con detenimiento

ELENA: ah ok, sí

KAREN: para no sacarnos un poquito del tema, creo que también en lo que a ustedes les gustaría en general de la consulta, pues es que todas las dudas se vayan resolviendo.

## ii. ENCUENTRO EN CST III BEATRIZ VELASCO DE ALEMÁN

En este encuentro tuve el rol de relatora y la coordinadora fue la médico pasante Alma, quien realizó su servicio social en ese centro de salud. Este encuentro se llevó a cabo el 20 de junio de 2023. A continuación, se presenta la relatoría que realicé de ese encuentro.

## Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: Venustiano Carranza	Coordinador(a): Alma Marilú Carrasco Chávez	Página: <u>  1  </u> de <u>  1  </u>
	Grupo:	Fecha: 20.06.23

### 1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Rosalinda Tejeda Garrido	Fem	57	CST III Beatriz Velasco Alemán
Josefina Aguilar Ramírez	Fem	62	CST III Beatriz Velasco Alemán
Gabriela Arenas López	Fem	58	CST III Beatriz Velasco Alemán
Hilda Bertha Labastida Raymundo	Fem	71	CST III Beatriz Velasco Alemán
Alejandro García Lara	Mas	59	CST III Beatriz Velasco Alemán
Andrés Chavarría Hernández	Mas	56	CST III Beatriz Velasco Alemán
Marilú García Vargas	Fem	66	CST III Beatriz Velasco Alemán
Leonila Vargas del Castro	Fem	88	CST III Beatriz Velasco Alemán
Blanca Córdova García	Fem	74	CST III Beatriz Velasco Alemán

### 1. 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 \_\_

Alma: en este centro de salud, yo voy a ser la coordinadora, qué quiere decir, bueno yo voy a coordinar a manejar el taller.

Haidee: sí yo soy la pasante Haideé Ortega, no soy de este centro de salud, pero el día de hoy vine a apoyar este encuentro, mucho gusto en conocerles.

Unísono: igualmente

Alma: bueno el nombre del taller es: “Encontrarnos para cuidarnos”, y como saben, este forma parte de un programa. El programa lo que tiene como propósito es fortalecer las capacidades de los pacientes, qué quiere decir, que nos autocuidemos, que cuidemos a los demás y que los demás cuiden de nosotros. Bueno eh, no sé si puedan ayudarme cada uno diciendo su nombre completo y edad empezando por aquí:

Rosalinda: Rosalinda Tejeda Garrido, 57 años

Josefina: Josefina Aguilar Ramírez 62 años

Gabriela: Gabriela Arenas López 58 años

Bertha: Hilda Bertha Labastida, 71 años

Alejandro: Alejandro García, 59 años

Blanca: Blanca Córdova García para servirles, tengo 74 años

Alma: ¿disculpe, podría repetirme su nombre?

Bertha: Hilda Bertha con H Labastida

Alma: bueno les repito la dinámica, este es un grupo de discusión o mesa de diálogo, qué busca, que todos participemos, como les dijeron las reglas del grupo no hay que juzgar, lo que digamos se va a quedar aquí, también pueden ustedes compartir cosas personales. Para participar vamos a levantar la manita y yo les voy a dar la palabra y vamos a intentar no interrumpir a las demás personas, ¿sale? Como les comenté, el taller consta de tres pasos. El primero es identificar y realizar aspiraciones. Hay algunos temas, bueno primero las aspiraciones, podemos elegir si queremos ver las aspiraciones personales, de nuestra familia, de la comunidad o de servicios de salud, ¿de cuáles les gustaría hablar? De personales, de la familia...

Blanca: Pues a mí de la familia

Bertha: yo de los personales, porque no estoy bien yo

Alma: sí también, ¿alguien más que guste algún tema en particular, Rosalinda?

Rosalinda: pues personales

Alma: ¿alguien más, hay alguna preferencia?

Alejandro: la familia

Alma: ya vamos empate.... (risas) ¿Josefina?

Josefina: la familia

Alma: bueno, ¿les parece si nos quedamos con familia? Bueno, para esto vamos a responder algunas preguntas, la primera es: ¿cuáles son las aspiraciones de las personas que vivimos con enfermedades crónicas de diabetes, hipertensión, obesidad, dislipidemia pero adaptado a la familia, cuáles creen que sean las aspiraciones relacionadas con la familia?

Josefina: ¿Cuál es la dislipidemia?

Alma: ah, es cuando tenemos los triglicéridos altos que son los lípidos en nuestra sangre

Josefina: ¿pero ¿cómo se pronuncia?

Alma: ah, dis-li-pidemia

Josefina: gracias

Alma: de nada. Señor Alejandro

Alejandro: bueno, de la familia es más que nada que la familia apoye al paciente o a la persona en sus medicamentos, en la toma de sus alimentos y más que nada en tener horarios accesibles, más o menos es lo que pienso. Llevar una dieta no rígida, sino más bien una dieta se puede decir este, pues normal, dentro de lo que es la enfermedad que adquirimos

Alma: ¡muchas gracias! Blanca

Gabriela: pues así en cuestión como de la familia, yo en lo personal pienso que yo todavía puedo hacerme responsable de mi enfermedad. Yo lo viví con mi mamá, pero ya la enfermedad era más avanzada, entonces ya necesitaba de esos cuidados. No toda la familia apoya como tal, la verdad....este...yo lo viví en lo personal, de que éramos 8 hermanos y nada más nos hicimos cargo 3. Entonces yo tengo esa experiencia de que yo tengo que cuidarme, porque ese es por ejemplo mi lema y yo se los digo a mis hijos: “me cuido para no molestarlos casi”, o sea, no estarlos molestando. Hasta el día de hoy yo con 59 años, tengo 14 años de diabética y yo sola me muevo a todas mis citas, mis consultas, no me tienen que acompañar porque es este, es visto como tal, yo lo he visto en otras partes, que hay personas que la familia se enfada, se fastidian, entonces en lo que ahorita escuchaba en cuestión de lo de la comida, no todos quieren hacer esos cambios que nosotros hacemos. Yo como ama de casa, entonces, pues estar como una fondita o un restaurante, al gusto de los demás y yo hacerme lo mío. Ahí entraría también lo que es la

economía, no alcanza para estar haciendo ya sea lo que es mi dieta, lo que yo necesito a lo que ellos quieren comer y es muy difícil porque un tiempo al principio, yo lo empecé a ver. Sí hubo una etapa en ese lapso en que yo me descuidé porque pues, lo que mis nietos, como cuidaba a mis nietos y todo, yo comía lo que mis nietos. Entonces ahí sí es donde la familia tienen que también deberían, ya la otra vez lo comenté, que ellos también deberían informarse de esta enfermedad que tenemos y deben de participar en esta no será como tal, yo en lo personal lo diría como para que estén al pendiente de mi medicina y eso no, sino que ellos sean considerados en cuestión de esos cuidados que tenemos que tener en la casa, pero sobre todo las personas que viven con sus hijos todavía, que tienen nietos o todo eso, entonces ellos deben hacer o sea con nosotros esa empatía que mencionan mucho ustedes de entendernos y también esos cambios que tenemos. Yo veo mi hijo casi no lo veo y cuando lo veo y platico con él, veo como que se enfada, como que a veces no me tiene esa paciencia o eso y luego yo también digo “ay ya” y él ha hecho que yo guarde silencio, luego me pregunta: “¿cómo estás?”, y yo: “bien, bien”. Por qué, porque cuando le estoy diciendo realmente mi sentir o cómo me siento él este...veo sus actitudes. Él está trabajando y eso por sus hijos y digo mejor yo lo platico con otras personas. Si tenemos a veces gente a nuestro alrededor que nos apoyen....por ejemplo, ahorita ustedes que son un apoyo para nosotros en crónicos que nos escuchan, ese es mi punto de vista.

Alma: muchas gracias, Gaby, ¿alguien más?

Bertha: yo pienso que eso pasa en muchas familias porque este, pues sí, así sean 2, 3 o 10 hijos, na' más 1 o 2 son los que se hacen pues medio responsables de la mamá o del papá porque llega el momento en que uno por su enfermedad cada año o cada día va avanzando y más si uno no lleva un control pues, de su medicamento sobre todo, la dieta, ejercicio, o sea, la enfermedad va avanzando, va avanzando y llega, desgraciadamente llega el momento en que el cuerpo ya no aguanta, y se queda uno ahí en la cama, y eso es lo peor porque si todavía puede uno hacerse independiente y cuidarse uno mismo, pos ya, ya cuando uno está este... en la cama ya puede uno hacer lo mismo, llega el momento en que los hijos se aburren, se cansan. Si haciéndolo uno, nos ignoran...ahora se imagina ya cuando uno ya está en la cama y más cuando no se cuida uno, la enfermedad llega más pronto. Así que ¿qué es lo que debemos hacer? Pues tratar de cuidarnos mientras podamos, cada quien mientras podamos independizarnos para hacer nuestras cosas porque pues no hay de otra. Yo como le digo a mis hijas, va a llegar el momento: no hagas esto, que siéntate. Mira déjame mientras yo pueda, pues déjame, porque va a llegar el momento que se van a aburrir, yo voy a querer que me lo hagan y no lo van a hacer, y nadie va a hacer la comida o la limpieza como uno lo hace. Cuando uno ya es mayor de edad es uno terco, nos dicen: “no esto para ti es bien”; “no, pues no lo quiero, yo quiero esto”. Yo lo considero porque lo hace uno, pero ellos a la carrera porque ellos tienen también su familia, se salen a trabajar, por ejemplo, ahorita no pudo mi hija acompañarme: “te vas con cuidado en el Metrobús”, porque ella me viene a dejar y se va a trabajar y ya si tiene tiempo pasa por mí, sino “pues ahí te regresas con cuidado” Porque es imposible que estén al pendiente, al 100 con uno, y mientras uno pueda pues hay que echarle ganas. Yo no puedo por la columna que me iban a operar: “que no puede brincar, no puede hacer esto, haga sus ejercicios en su cama”. Pues ahí estoy, digamos caminen, me voy a caminar. Si puedo ayudar, nada más estar parada le digo, en barrera para echarme no puedo, así que con eso no cuentes conmigo. Nada más parada y lavar los trastes, sino tiene tiempo para hacer la comida porque tiene su comedor: “haz esto”. Si en eso puede uno apoyarlas o no puede, porque tampoco puede uno estar con ellos al 100, aunque se vayan a trabajar tienen que buscar la manera, como dice mi hija: “yo te tengo todo aquí, la cocina y trae esto” porque los accidentes

también pasan en la calle. Así que este...yo pienso que, hay que tratar de cuidarse uno mismo, haciendo las cosas con cuidado, gracias.

Alma: gracias, Hilda Bertha

Blanca: mucho gusto a todos, ¿eh? Pues mi madre, que en paz descansa murió de diabetes, le dio un coma diabético a raíz de un coraje que hizo con una de mis hermanas. Mi mamá a través de su enfermedad estuvo en el Centro Médico y le dio flebitis, entonces ya la teníamos en la casa de ustedes pues, enferma, ¿no?, y que feo es cuando la familia no, la familia no quiere aportar el apoyo de una de mis hermanas que en paz descansa también tuvo una muerte muy fea, y nos acordamos porque mi mamá no se podía ya levantar de la cama y había que hacerle ciertas cosas y mi hermana siempre salía al centro y traía ahí para la cena para todos, y esa noche mi mamá le dijo: “no tengo hambre, lo dejo para el otro día”, al día siguiente mi mamá no se podía parar y llega mi hermana y le dice este: “hija”, dice: “¿me puedes calentar?” y dice: “no” y esas fueron las palabras que le dijo mi hermana: “si tienes hambre, párate y sírvete”. A raíz de eso, le vino el coma diabético a mi mamá. Y en eso entra mi cuñado y mi mamá se estaba mordiendo la lengua, llamaron a la ambulancia, la llevaron al Centro Médico y este....ahí fue lo último, ahí fue lo último que mi mamá cuando....porque éramos muérganos mi mamá y yo..... y las últimas palabras de ella fue que nos cuidáramos, que cuidara mucho a mi hijo, que era su adoración y hasta...desafortunadamente, estaba en terapia intensiva y ya no....este, pues ya no, ya no, ya no había remedio, ¿no?. Pero.....a las 6 de la mañana, me quedé esa noche, y a las 6 de la mañana...eh, entré a verla porque anteriormente en la noche había tenido un vómito muy fuerte porque le estaban dando este....comida por sonda y ahí de repente, yo le empecé a pedir perdón a mi mamá porque me había portado mal, te necesitamos y todo y vi cómo le salían sus lágrimas a mi mamá y ahí, ahí partió. Entonces, eh....2 de mis hermanas que en paz descansan murieron de diabetes y este...y todo, y todo viene a consecuencia de los malos hábitos de, de...digo éramos muy pobres y teníamos que comer lo que había. Entonces, este....ese es el problema cuando uno se guarda ciertas emociones en su corazón, en su mente, por los hijos que no son.....eh, que andan mal emocionalmente, o que son alcohólicos, yo vengo de una familia alcohólica y no me da pena decirlo, ¿no? Pero, eh...eso es lo que muchas veces acarrea que uno se vuelva diabético. Entonces, hoy que tengo diabetes me doy cuenta de los grandes, este....problemas que me puedo ocasionar si sigo con los estados emocionales, si no como realmente lo que puedo comer y ya no puedo comer dulce, no puedo tomar refresco, no puedo hacer, no puedo comer tanta carne y me la como. Pero trato, trato de quererme a mí misma a pesar de la edad que ya tengo y como dice el dicho y dicen los alcohólicos: solo por hoy, no voy a hacer ni ponerme en problemas con la gente, si puedo ayudar, ayudo, si no, me hago a un lado, gracias.

Alma: muchas gracias, Blanca. Bueno y para las personas que se acaban de unir, estamos en el taller “Encontrarnos para cuidarnos” y consta de 3 pasos, el primer paso: estamos hablando de las aspiraciones y como elegimos el tema de la familia, eh, estamos comentando cuáles son las aspiraciones que tenemos respecto a la relación de la familia con nuestras enfermedades, ¿está bien? ¿Alguien más gusta participar, Rosalinda?

Rosalinda: sí, es como dice la señora, que luego nos quedamos calladas para no molestar a los hijos, ellos mismos se dan cuenta. Bueno, en cambio a mis hijos: “¿te sientes mal?”; “no”; “¿cómo no?”, me pongo yo malita malita: “no, estoy bien”. Y tengo uno que este, se preocupa mucho porque me salió un derrame y luego luego me trajo al doctor, y bueno, se me va a quitar y mi hija, tengo 3, mi hija es mayor, y mi hija: “sí sigues así, te llevamos al doctor”, en cambié llegó el otro,

no fue ni a trabajar y me trajo al doctor, o sea, se preocupa más que los otros 2. Yo hago mi comida normal, yo como de todo, sí tomo refresco, dulces, me han hecho la prueba del azúcar, estoy normal, gracias a Dios. Mi mamá también falleció de diabetes, pero pues, ya no la alcancé.

Alma: muchas gracias, Rosalinda

Dra. Gabriela B: quiero comentarles algo, que...creo que también es importante, no lo platicamos durante la presentación, pero si algo que nosotros queremos compartir que no queremos que se escuche en la plenaria, puedo decir: "yo quiero compartir esto, pero de aquí no sale"

Xxxx: nadie nos conocemos, así que...

Xxxx: somos anónimas

Dra Gabriela B: en la presentación de este...cuando platiquemos de lo que vamos a decir, si queremos decir: "esto no, esto no, no lo pongan, no lo escriban". Y le agradezco mucho que se haya abierto

Xxxxx: es bueno porque se desahoga

Dra. Gabriela B: exacto, sobre todo, esta unión, que se sienta acompañada, porque estamos todos aquí acompañándola

Rosalinda: Sí se preocupan los 2, pero hay uno que se preocupa más.  
(risas, bullicio)

Alma: continuamos, ¿alguien más que guste compartir su opinión respecto a las aspiraciones que tenemos con la familia en nuestras enfermedades crónicas?

Gabriela: bueno a mí me parece que cuando realmente ya sea, en caso muy extremo, que ellos, pue sí, de verdad, sean considerados conmigo, en lo personal, que lo hagan con ese amor, de un hijo hacia una madre, porque ellos tienen, como yo les he dicho, tienen el ejemplo de que yo me hice cargo de mi madre 6 años con esta enfermedad crónica, e insuficiencia renal, dializándola más de 3 años, y ahí te acabas la vida, te acabas la vida porque yo dejé de trabajar, pero fue mi decisión hacerme cargo de ella, porque yo traía cosas pendientes con mi madre. Entonces en esa etapa yo pude entender a mi mamá y pues no, no me arrepiento la verdad. Entonces mis hijos vieron eso, yo les digo: "por eso yo le echo muchas ganas, estoy siempre", y bueno e doy gracias a Dios porque mi doctores, mis doctoras pues siempre me, me motivan y todo, para que yo este...siga adelante y hasta el día de hoy tengo una enfermedad crónica, pero bien controlada, bien controlada. Son 14 años que no han sido fáciles, pero bien controlada la verdad. Entonces, varias personas me dicen que ya debería....o sea, que si no tengo hipertensión, y no, no me avergüence. Entonces, esa es mi aspiración con mi familia directa que son mis hijos y mis nietos y pues....solo el tiempo al tiempo, ¿no?

Alma: muchas gracias, Gaby. Señora Marilú, ¿usted tiene alguna aspiración con su familia en cuanto a sus enfermedades crónicas, ¿qué espera de su familia?

Marilú: pues yo soy diabética, llevo 13 años de diabética, hipertensa y pues realmente tengo hijos, pero pues...quien sabe si me vean. Le tiro más a mi nuera que a mi hija. Tengo una hija, pero pues, como que no. Ella si yo me siento mal, ellos su mundo, su trabajo y ya. Y este, pues no....una vez estuve enferma, mucha fiebre, escalofríos...yo me imaginó que almorzó, se fue a trabajar, me dijo: "yo te lo dejo en la estufa, te tomas algo, aunque sea un taquito". Nada, ya no espero nada de ellos. Y este....ya como a las 3, 3 y media yo tenía mucha hambre, una sopa de fideo, llegó una amiga, dice: "¿qué haces?", le digo: "ay quiero una sopa, pero no puedo, tengo escalofríos, dolor de huesos y todo", y dice: "yo te la hago", y ya, una amiga. Y pues sí, realmente no sé el día de mañana, si esté en la cama, si van a ver por mí o no. No, a lo mejor la que puede ver por mí, pues mi nuera, pero quien sabe qué Dios dice, ¿verdad? Con los otros hijos son hombres, 2 no están aquí...pero, uno de ellos es el que se preocupa más por mí, por mi mamá, diario en la mañana un mensaje, en la tarde diario nos habla, no hay un día que no. El otro no, es más, más alejado y el otro menos, ja. Ahorita llegó a la casa y dice: "cómo vas a llevar a mi abuela, hace harto calor y la vas a estar cargando" y dije: "sí voy a ir". Nada más ahorita como llegaron unas primas y tuve que darles de almorzar y por eso me tardé. Ya llegó, le di de almorzar y dice: "qué pasó", le digo: "pues sí, sí vamos a ir", y dice: "cómo te vas a ir", le digo: "no sé", le digo: "no sé cómo" le digo: "pero de que voy a ir, voy a ir, de que voy a llegar, voy a llegar", ya agarró su desayuno y: "ay nos vemos", me dice que iba a no sé dónde y ya ni caso me hizo. Pero así nos va a ver cuándo quiere, nos hacen enojar. Le pido a Dios que me dé mucha fuerza.

### 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.

**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.**

Alma: muchas gracias, Mari. ¿Les parece bien si pasamos al segundo punto? Bueno, el paso 2 se llama satisfacer necesidades y como ustedes saben, estamos hablando del autocuidado y cómo nos cuidamos a nosotros mismos, y una parte importante de éste es: satisfacer necesidades. ¿Cuáles son las necesidades? Podemos hablar de alimentación, que como sabemos es muy importante para las enfermedades crónicas, sobre actividad física, los medicamentos que tomamos, vida afectiva, laboral, social, cultural o participación política. ¿De qué les gustaría hablar? Alimentación, actividad física, cuál es la necesidad más fuerte que ustedes tienen en cuanto a lograr los objetivos para su enfermedad

Xxx: la actividad física

Alma: ¿Gaby?

Gabriela: alimentación

Xxxx: puede ser también el medicamento, ¿no?

Alejandro: la alimentación

Alma: ¿les parece si empezamos con la alimentación? Ok, voy a hacer las preguntas y, ¿cuál es uno de los problemas que compartimos para tener una alimentación saludable? Recuerden levantar la manita. Problemas que compartimos para lograr una alimentación saludable, ¿con qué problemas nos enfrentamos, Josefina?

Josefina: con la familia, como dicen que muchas veces vivimos una familia donde toda la familia come una cosa, come otra. Y más pelear con la nuera de esto tiene mucha grasa, el hijo quiere carne.

Alma: ¿Alguien más, Gabriela?

Gabriela: pues este...es también conmigo misma esa lucha de que se me antojan las cosas, ¿no? O sea, lo invitan a uno, y yo en lo personal me he tenido que alejar de muchas situaciones porque yo ya no puedo, o sea, comer muchas cosas. Estoy en un círculo de amistades, les gusta ir muchos a los restaurantes, a los bufetes y todo y yo digo a qué, al caso que yo no puedo, o van mucho a eso de las carnes argentinas. Yo ya la carne en lo personal, ya la rechazo. Entonces es esa lucha conmigo misma de hacer, ¿no? Y pues....afortunadamente les digo, yo ya vivo sola, y yo ya me pongo mi propia disciplina, porque ya no pienso en otros, sino en mí.

Alma: ¿Blanca?

Blanca: pues miren, a raíz de todo esto, lo que más, lo que más le gusta al ser humano es la garnacha, ¿no?, todo lo que tiene T, ¿no? Entonces ya cuando tiene uno esta situación, este...pues

tiene uno que bajarle a las grasas, tiene uno que comer.....lo que realmente tiene uno que comer uno; por ejemplo, la fruta no la puede dejar de comer. Si en la mañana, por ejemplo, me como yo un pedazo este... de plátano, puedo comer la mitad de papaya, manzana, ¿sí?. O sea, que no tampoco se llene el plato, ¿no? Este...tomo leche deslactosada y a veces no la tomo con azúcar, sí le pongo una pizca de café, porque si no.....si no me sabe, ¿verdad? Entonces tomar la suficiente agua y esperarme hasta la hora de la comida que viene el hombre y al él le preparo, ¿no? Yo no uso el Knorr Suiza porque el Knorr Suiza tiene mucha grasa. Entonces compro el, el retazo de la pechuga y lo pongo a cocer con ajo y cebolla, y este.....y ya se enfría y lo meto al refri, lo que queda se lo doy a la perrita, ¿no?, que no es mía, pero ya la adopté. Entonces este.....tratar de comer, o sea, todo asado, todo asado, una, una ensalada de....este, de...de....tomate, cebolla, este, lechuga, pepino, aguacate; el chiste de que no se quede uno con hambre. Y ya si tiene uno hambre más al rato, pues ya en la noche, pues entonces me tomo mi leche, y tomo un pan, este que, que no tiene este, azúcar. Entonces este, si tengo un poco de hambre me como una manzana y eso es todo lo que yo hago. A comer, a cenar y a desayunar porque me tengo que cuidar, y tomar suficiente agua, y caminar media hora, media hora a un paso más o menos. Vivo ahorita en el cerro y ya se imaginarán desde arriba hasta abajo caminando, toda tullida, pero pues ahí voy. Pero ya llegando a la casa de ustedes, ya tomo un taxi, ¿no? Pero hay que hacer mucho ejercicio; si puede ir a nadar, aunque no sepa, por lo menos patalee. Y es muy importante, porque todo eso, este te, te regenera todo lo que es el sistema nervioso, el corazón, la circulación, gracias, ¿eh?

Alma: gracias, ¿Hilda Bertha?

Bertha: eh.....pues yo también opino lo mismo. Yo gracias a Dios este..... pues namás vivo con mi hija y dos nietos. Ellos ya se acostumbraron a tomar el agua con.....sin azúcar o muy poca azúcar. Si este, me toca a mí guisar, lo mínimo de grasa, un litro pues nos dura 2 meses, 3 meses por qué.....porque yo en lo que uso la grasa es en el arroz, poquito nada más: debo calentar la cacerola mucho bien, tantita grasa y lo empiezo a dorar. La sopa aguada, cuando llegamos a hacer sopa aguada de vez en cuando, pues le ponemos su higadito de pollo, sus espinaquitas, o si hicimos sopa de verduras un día antes, se lo echamos la sopa aguada. Y....tomamos más agua natural, ahorita que hace calor, pues cada quien tenemos nuestro bote, órale y órale. Y tratar...carne, pues no, de vez en cuando por los niños que ellos, yo como le dije a mi hija: “si tú quieres hacerle a este, a los niños, pues ellos están creciendo ellos”, nosotros fuimos niños, y si tuvimos, comimos de vez en cuando la carne, orita pues yo no puedo, pero ellos sí pueden de vez en cuando su carnita, pero por lo regular pollo, y pollo. En la casa no falta la verdura diario, diario.

Alma: perfecto, muchas gracias, ¿Rosalinda?

Rosalinda: bueno yo soy viuda, tengo....mi marido apenas tiene 2 años, 3 meses que falleció. Tengo 2....bueno 2: mi hijo el mayor, el mediano vive aparte, pero yo cuando voy a hacer de comer, le digo: “¿qué hago de comer?” porque luego no les gusta, a uno o al otro, y les digo: “si quieres porque no es restaurante, aquí comes lo que es si quieres, si no, párate y háztelo”. El chiste es de que comamos todos juntos y como ayer, hice milanesas, llevan mucho aceite, yo las escurro bien y todavía con una servilleta las limpio, con su lechuga, pepino; jitomate no les gusta, cebolla no les gusta. Yo cuando me las preparo: “¿me las pones así?” .....”¿no que no?” o el ajonjolí, el pan molido y la catsup. Mi hijo el mayor no come nada de salsa y a nosotros nos gusta mucho que pique.....”ay pica mucho, échame 3 gotitas” .....y está enchilado jaja. Y mi hija y yo no, nos gusta enchilarnos. Y así me dice, pero no puedo hacer arroz blanco porque no le gusta y tantas ganas que tengo yo de hacer arroz blanco, pero digo, para qué lo hago, se va a quedar, le digo, se queda

o lo meto al refri o se los doy a los perritos, tengo cuatro perritos; pero luego: “no les des”. Mi sobrina trabaja en una veterinaria y me dice: “no les des condimento” porque no guiso el arroz con Knorr Suiza, no nos gusta, y le digo: “pues que nada más es el puto arroz”, ay, yo se los doy a mis perros y se lo comen re bien. O las migas, mi hijo no come migas y a mi hija y a mi nos encantan; y mi hija no come las migas de la calle, solo las que yo preparo, le digo: “esta bien”, y yo cuando hago, nada más para las dos. Pero yo sí como de todo, de todo, o sea, si me he de morir que sea comiendo lo que yo quiero, no, no digas eso, pero luego: “ay, mamá” .....”¿qué?” .....”¿quieres tus chocolates?”, le digo: “sí”, y me compra mi bolsa, pero no me los como todos. Bueno antes no me duraban mucho y ahora me duran como 3 o 4 meses, pero yo a veces me como 2 o 3, digo otro, y ya cuando me empieza a doler la cabeza, le digo: “ya no, ya no como”, me vaya a dar un coma diabético. Luego me dicen: “¿por qué estás temblando?”.....”ah pues tengo ganas de temblar”. Soy solita doctora, todo el día estoy solita, hasta que llegue mi hijo el grande y ya está conmigo, y ya mi hija llega a las 7, se va mi hijo, llega a mi hija y comemos.

Alma: gracias Rosalinda. Bueno, ¿les parece si pasamos a la segunda pregunta?, la siguiente es: ¿Cuáles son las decisiones más importantes que debemos tener para resolver los problemas más importantes de los que acabamos de hablar, qué decisiones tenemos que tomar? ¿Blanca?

Blanca: quererme a mí misma y hacer lo que me manda la doctora. La doctora es como mi....como mi este guía espiritual en cuanto a enfermedad, pero todo se lo dejo al de allá arriba porque es el que me sostiene. Eh.... Tuve un problema muy fuerte: me caí y se los estoy platicando, y este.... Mucha gente se queda pues sorprendida del golpazo que me di, pero aquí estoy. Y tengo que.... Que quererme a mí misma para poder querer a los demás, se los voy a comentar, porque dicen que lo que aquí se dice aquí se queda, ¿no? Tengo un hijo que anda mal en la situación emocional con la droga, con el alcohol, se juntó con una señora que es santera y, y en un tiempo lo quiso matar le quiso sacar los ojos lo golpeó de tal manera que, se los estoy platicando, pero no entiende. Y hace como 15 días fui a verlo ahí, a donde estaba, un lugar muy feo, pero me insultó, me dijo muchas cosas feas. Y la verdad le digo: “mira hijo, yo te quiero mucho, pero sí eso es lo que quieres, adelante, yo todos los días le pido a Dios por ti, a Jesucristo”. No puedo hacer otra cosa compañeros, porque duelen los hijos, duelen de tal manera como le dolieron a mi madre, y duele cuando uno no tiene hijos, perdí uno; y es una, es una situación de qué no alcanza a uno a llenar ese hueco de no estar con esa personita. Pero ahora con este, si eso quiere pues adelante yo ya se lo entregué a Dios, claro me duele y todos los días oro por él para que vaya mejor, es un buen muchacho, luchó su carrera futbolística, es contador, para qué les cuento más, pero sí duele y tenía que sacarlo, gracias.

Alma: gracias, ¿Alguien más gusta hablar sobre las decisiones que tienen que tomar para resolver su problema con la alimentación y con la familia, ¿no? Entonces si pasamos a la siguiente ¿Qué recursos de la familia o de la institución en este caso el centro de salud podemos aprovechar para resolver este problema de la alimentación relacionado con la familia? ¿Con qué nos podemos quedar de los recursos personales que tenemos y en el centro de salud para resolverlos? ¿Blanca?

Blanca: ir con la dietista, la doctora me mandó con la dietista y la dietista me va a decir: “sabes qué tú ya no puedes comer esto tienes, que comer con tu 3, 4, 5 veces al día, pero determinadas cosas”, y como dicen la colación. Y hablar con toda sinceridad de lo que me pasa, de lo que tengo, porque también es una convivencia espiritual, ¿verdad? Yo le doy gracias a Dios haber encontrado a la doctora Ramírez, a estas chicas que están por ser llamadas doctoras. Y la verdad que.....que

como dicen el doctor y la doctora es como mi guía espiritual, y si yo no le cuento qué me pasa pues qué me va a poder recetar, gracias, ¿eh?

Alma: gracias

Gabriela: ser obediente y tratar de llevar la.....el control de la enfermedad lo mejor que se pueda y cooperar mutuamente, ¿no? todos nosotros con los doctores y las doctoras, igual con la institución como estos eventos que se hacen, son muy importantes, son muy productivos para que nosotros escuchemos y nos demos cuenta que no somos los únicos enfermos, porque yo cuando empecé, pensé que era la única, ¿no? Y ahora sí que empezamos: ¿y esto por qué, no? Sí yo me cuidaba mucho, ¿no? pero esta enfermedad también es hereditaria, la verdad. O sea, traemos estos genes. Y entonces con la institución pues respetar, ¿no?, que también es tiempo de ustedes, valorarlos. El aceptar, ¿no?, yo tuve a una doctora que era muy dura, bueno todavía está, pero esa doctora a mí me comentaba y a veces ellos tienen que hablarle así a los pacientes para que entiendan para que hagan algo por ellos, porque están a tiempo; muchas veces ya venían así.....en lo personal una conocida mía, ya la encontré aquí y que le habían cortado su pierna, y yo así me impactó y me dijo: “¿ves?”. Y yo le dije: “tienes que parar, tienes que esto, tienes que el otro”, y ella es mucho más joven que yo, y después le dio insuficiencia renal. Entonces, es participar, ¿no?, tanto enfermos o sea pacientes, doctores y la institución, ser accesibles. Eso es lo que yo he tratado de hacer.

Alma: muchísimas gracias, ¿Alguien más que quiere hablar sobre cómo utilizar los recursos para resolver este problema?

Alejandro: bueno pues seguir las indicaciones, ¿no?, con los doctores y en este caso con la doctora, nos....que es la que nos está guiando realmente, y el medicamentos, y pasar con la nutrióloga para llevar los que podamos una dieta más pegada a lo normal para sobrellevar todo esto. Y no dejarnos caer prácticamente en lo que es lo personal, o dentro de la familia. O sea, combinar medicamentos con ejercicio, este, con la nutrición de cada uno, y pues ya, es eso. Se tiene que, pues ya es lo que uno tiene que hacer ¿no?

Alma: muchas gracias, Alejandro, ¿alguien más? Podemos pasar a la siguiente pregunta, eh....dice: ¿Cómo podemos mejorar la relación que establecemos con el personal de salud, puede ser nutrición, los doctores que nos ven en la consulta, eh....el oftalmólogo, servicio de laboratorio con que nos atiende, para mejorar nuestra alimentación? ¿Cómo creen que podrían mejorar esa relación con el personal de salud?

Josefina: venir seguido a las citas, ¿no? Venirse ido a las consultas, porque si dejamos de venir, y cuando venimos queremos todo. Y luego les toca la mala suerte de que no hay medicamento.

Alejandro: o sea, venir más seguido a las consultas, más que nada. Porque ahí es donde se nos está guiando en la enfermedad que tenemos. Y más que nada estar pendiente de la toma de nuestros medicamentos, y de la nutrición pues combinar nuestro medicamento con lo que podemos bajar mucho la grasa, la sal, el azúcar, todo eso.

Alma: gracias Alejandro...¿Hilda Bertha?

Hilda Bertha: ser constante, ¿no?, no faltar a sus consultas, sus citas. Eh...pues pasar con la optometrista, pasar con la nutricionista con todos, ahorita hay varios que..... pedir un chequeo, unas placas, pues de los pulmones, de vez en cuando, cada año yo pienso, un electro, este.....unas placas. Venir luego a sus chequeos porque eso es lo principal, uno dice luego, o hasta que le duelen a uno las cosas, viene uno a su consulta. Esperamos a que nos sintamos muy mal para poder venir a nuestro chequeo, a nuestra consulta, y eso no, tiene uno que ver al otro día o al instante, ¿no?; por ejemplo, yo me caí, me fui de cabeza vine, me dicen: “no aquí no, a urgencias”. El otro día quise levantarme de la cama, me volví a ir para atrás, volví a regresar, le dije a mi hija: “me fui para atrás no tuve fuerzas”, y me hicieron otros estudios y ya, queda uno más tranquila que le digan: “usted no tiene nada”. Pues asistir, ser constantes en todo y como les digo, con todos con la nutrióloga, con la psicóloga, porque.... Por qué trae uno muchas cosas, se guarda uno muchas cosas, y ya viene de la depresión, ya viene.... Y es bueno ser un núcleo, a mí me dio por ir a la iglesia diario. Ahora me dicen mis hijas, ellas me presionaron: “pues salte, ya vete a la iglesia”. Ahora voy a la iglesia, después de la iglesia el Rosario y después una plática así, y el domingo que nos reunimos por el día del Padre nos llevaron un trío, estábamos cantando o bailamos, gritamo.... Uf, gritamos, nos desahogamos. Pero siempre había un problema en la casa, cuando no era uno era otro, así. Pues yo seguía mi terapia, es una terapia, le digo. Y a caminar todos los días, lento, pero pues a caminar porque ya no puedo brincar, ya no puedo chacotear, ni nada. Y si quiero bailar pues ay al pasito también, todo poquito con calma se puede.

Alma: muchas gracias Hilda Bertha.....¿señor Alejandro?

Alejandro: pues es esto, ¿no? De venir a las consultas, prácticamente no dejar de venir. Y pues hay muchos servicios aquí dentro del centro de salud que podemos aprovechar, pues este....respecto a los ojos eh..... las consultas con la doctora, optometrista, las eh.....radiografías, todo eso, el laboratorio, nada más venir a lo que es e irnos y con eso guiarnos y con la doctora para el medicamento y la alimentación que debemos llevar.

Alma: muchas gracias, Alejandro, ¿alguien más?

Gabriela: ser amables en cada área a la que vayamos, tener una actitud positiva con el personal, este..... dejarnos guiar, o sea, de cuando es un tratamiento, ¿no?, o sea, por ejemplo, cuando vamos a una mastografía tratar de ser, ¿no?, para no hacer ese estudio tedioso tanto para ellos como para nosotros, eh.....la cortesía, ¿no? entre todos. No venir con exigencias, ¿no? porque desde que yo vengo a sacar una cita ahí en la ventanilla, o sea, ese trato, ¿no? Eso es para mí ha sido fundamental, y ya hasta en varias áreas me conocen y “hola, cómo están”, o sea, me dice mi hija: “tú eres bien cholita, ¡híjole!”, pero ese es el trato que debemos tener. Es que es parte de la vida, es como mi otro hogar cuando vengo aquí, y pues ya me mandan y digo: “¿qué crees?, ya me mandaron”. Entonces es esa actitud, esa actitud que debemos tener para ese personal. Para mí todas las áreas son importantes, porque yo he requerido de muchas cosas y un día hace muchos años, me mandaron al Instituto Nacional de Cancerología por una displasia leve, ¿no? Y ya yo estuve en tratamiento allá, estando allá gracias a Dios me detectaron un cáncer que yo traía, pero fue de aquí el enlace, y digo, yo llegué a ese mejor hospital, de los mejores que hay aquí en ese entonces y todavía, y ahí fue donde me trataron y yo estuve muy, muy agradecida a la trabajadora social que incluso, ya no está aquí y que luego se enfermó del páncreas, y yo le agradecía mucho y siempre que podía la abrazaba porque ella me tramitó todo para que me hicieran mi tratamiento. Entonces, como no agradecerles y tener ese trato con todos ellos, la verdad.

Dra. Gabriela B: quiero recalcar porque creo que es muy importante lo que usted estaba diciendo y, creo que no sé ustedes qué opinen, pero fue algo que estuve escuchando en este ratito que, esa empatía, ¿no?, si yo trato bien a esa persona esa persona me va a tratar bien a mí. ¿Qué pasaría, si yo mismo me trato bien a mí mismo? ¿Cómo respondería yo mismo en una sociedad, cómo estaría yo con las demás personas, con mi familia? En la calle, ¿cuántas personas no les tocan el claxon, o no las dejan cruzar la calle, o se les atraviesan, se le cierran? Entonces, creo que es muy importante porque escuché en varias partes, creo que lo resumí un poco en que el cuidarme a mí quererme a mí y empezar primero conmigo puede afectar, puede afectar a todo este entorno, en cómo yo me porto. Si yo vengo de malas, llego: “ay para qué me dan la cita tan tarde”, igual y esa persona también se siente ofendida y generamos ahí un círculo vicioso, ¿no? Entonces qué importante es lo que dijo, yo sentí como que lo resumí un poco.

Bertha: no sí, yo tenía un puestecito, pues yo..... Tiene uno que ser amable con ellos, día a día, ¿no?, y depende uno de ellos. Mi hija vivía en la otra esquina y me veía: “ah, ahora te fue bien, tuviste muchas consultas, tuviste mucha gente, ¿qué, cuántas consultas diste?” Le digo: “no pues es que hay que.... También uno se desahoga con los clientes, platica, hay que tenerles atención, estar enojada”. Le digo, hay que tener atención para que también un cliente venga y se desahogue también, y uno también con ellos, ¿no?, ser atentos, ser atentos.

Alma: muchas gracias, Bertha. Blanca...

Blanca: yo creo que en el pedir está el dar. Estos centros de salud son gratuitos por qué, porque en este país, la gente que trabaja como yo trabajé, los impuestos y demás. No hay muchas, este..... expectativas en cuanto a los niños de cáncer, las señoras de cáncer, tengo familiares con esa enfermedad. Entonces, si yo vengo con prepotencia: “atiéndame”, porque yo lo he visto aquí, yo lo he visto aquí que gente viene acá de Tepito, y le digo, pero no todo Tepito es lo mismo, ¿verdad? Pero si yo vengo con humildad y les digo: “buenos días, mire quiero una ficha” pues con gusto, hasta una sonrisa, pero si vengo con la capa toda desenvainada por lo que me hicieron en mi casa y vengo y me desquito aquí pues no, no es correcto pero, como dice el dicho en el pedir está el dar. Yo le doy gracias a Dios y a todas estas personas que trabajan para el gobierno, siempre los bendigo, tanto doctores como enfermeras, trabajadoras sociales, de todo, porque sin ellos no seríamos lo que estamos haciendo ahorita, gracias.

Alma: gracias, Blanca. ¿Pasamos a la siguiente pregunta de este paso? Es: ¿cuál es la meta que podemos acordar para mejorar nuestra alimentación de aquí al siguiente encuentro? Como saben se planea que sea un encuentro por semestre, entonces, cuál es la meta que ustedes creen que podrían plantearse de aquí al que sigue, tomando en cuenta la alimentación, que es el problema que elegimos. ¿Alguien que quiera platicarnos, Blanca?

Blanca: pues cuidarnos, cuidarnos. Ver lo que tenemos que cuidar, y este, este..... Y hacernos este las.... Pruebas de cómo estoy en la glucosa, la presión. Y muchas veces el estado emocional son lo que nos lleva a que el azúcar y la hipertensión se suban. Una de las cosas que a mí me pasó de la hipertensión, y se los digo fue cuando este a mi hijo por equis circunstancias lo llevaron al reclusorio, aquí me hablan por teléfono y ay sentí que se me caía el mundo, ¿no? Fui perfectamente a la tienda compro una cajetilla de cigarros y empecé a fume y fume y fume y tome y tome café, pues qué me pasó ahí, se me disparó la presión. Vino la basura, saqué el bote, mis vecinos, 2 de medicina y un doctor que en paz descansa: “bien Blanquita, siéntate yo tiro la

basura". Me lleva al consultorio el doctor y me dice: "Blanquita tienes la presión altísima"....."pero siempre la he manejado sobre 120"....."¿Qué hiciste? Huele mucho a cigarro" y de ahí me vino la hipertensión. Entonces, yo tengo que estar consciente de lo que debo de hacer; yo no puedo, yo no permito que alguien esté fumando a un lado de mí, porque eso me lastima me, me, me, es malo, pero como les digo, por qué no fuman en su casa adentro, por qué en la calle y lo tiene uno que absorber. Y ya, o sea, yo ya tengo que tener cierta paciencia, tolerancia, ya no voy a cambiar a la gente y esto lo digo también por la pareja con la que vivo: "¡ay no me gusta cómo cocinas!"....."pues vete a la fonda"....."¡ah, que chocamos mucho!".....le digo: "pues sí, porque me gusta la limpieza y a ti no, no escupas en el suelo" va a la cama y se lleva los cacahuates, no, le digo: "no es así, aquí no estás en tu rancho" y la verdad son cosas, cosas que digo no porque yo haya nacido lecho de rosas, crecí en una vecindad donde hubo muchas carencias, pero.....me enseñaron buenos principios: a respetar a las personas adultas mayores, a pedir por favor las cosas y a dar las gracias. Es todo, gracias.

Alma: gracias. ¿Alguien más que guste compartir su meta? ¿Gaby?

Gabriela: pues, mi salud emocional principalmente, mi paz interior, decía un axioma: poco a poco vamos lejos, y así es. Este... ir este..... También había otro que decía: pues no te tomes tan en serio, ¿no? Yo escuché una vez que decían, bueno, pero por qué, por qué no eres la última coca cola del desierto, no eres la única enferma, no quiero hacer el centro de atención. La única responsable en este caso de mi enfermedad, pues soy yo. Entonces mi meta siempre ha sido, principalmente la aceptación, ¿no? Yo, mi primer trabajo, cuando yo me entero, fue aceptar mi enfermedad, y después lo que sigue, así como que uy me voy a cortar las venas y eso. Dije, sí sí la tengo, la asimilé, y pues después dejarme guiar por los doctores, por las doctoras y qué tengo que hacer, ¿no? Y no fallar con mis consultas, ¿no?, o sea, y qué tengo que hacer, no fallar en mis consultas, ¿no? O sea, estar con lo de la pandemia hizo que me alejara, aunque yo estaba consciente que yo me controlaba muy bien, este..... Tuve muchas pérdidas de familiares, entonces mis hijos, sobre todo un hijo estaba todo paniqueado que yo saliera, iba y me dejaba la comida, las cosas: "no salgas, no esto". O sea, que a nosotros como enfermos crónicos éramos más vulnerables, pero yo la verdad ni hacía caso y me daba mis escapadas. Encontré mi entretenimiento en cuidar una bebita enferma y este.....y estuve ahí con ella, ¿no?, estaba en mí misma cuadra, ¿no? Pero es hacerme, ¿no?, esa es mi meta, ¿no?, hacerme responsable y tener esa paz emocional, ya no meterme en broncas, ni problemas, esa es una de mis metas. Ya puedo ir soltando las broncas de mi hija, sus situaciones, ya cada quien, yo no, entre menos me entere, mejor. O sea, ya cada quien, ella con sus hijos, sus problemas; porque cada quien, como padres, como madres medimos los problemas de los hijos, pero ya en cuestión una persona me dijo a mí: "no son tus hijos, son tus nietos". Entonces yo un tiempo como que me quise cargar de situaciones, me fue mal, la verdad. Entonces, ya he ido aprendiendo a soltar, como dice mi hijo: "no te damos, no te quitamos, tú ya llévatela relax, yo trato de ya no darte broncas, entonces tú ya debes estar con esa paz y esa tranquilidad". Y esa es mi principal meta, ser obediente a tus consultas, hacer lo que tenga que hacer y todo eso para estar bien y ya.

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

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

*Utilice tantas hojas como sea necesario*

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

**Paso 3. Fortalecer el autocuidado**

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	

Alma: en cuanto a alimentación, ¿Alguien más quiere compartir su meta de aquí al siguiente encuentro? El paso 3 es fortalecer el autocuidado. Pues aquí vamos hablar de las capacidades que tenemos para modificar el entorno y que éste sea favorable para nosotros, y.....Pues aquí vamos a tener experiencias exitosas, por qué hablamos de experiencias exitosas, no sé, bajé de peso, comí mejor, ¿por qué? porque esto nos motiva más y nos hace querer continuar estar en este proceso. Eh.....¿Alguien nos quiere hablar de alguna experiencia, cuál es el apoyo más valioso que ha tenido en el proceso, o cómo creen que puedan apoyarse emocionalmente entre ustedes para lograr este cometido u otra experiencia exitosa?

Blanca: pues sacar lo que traes adentro, tener una comunicación bonita como la que tenemos, como dicen: lo que se dice aquí, aquí se queda. Si alguna de mis compañeras trae un estado emocional, el que sea debemos escucharle, si alguien tiene la capacidad y el este.....la razón o lo que haya vivido, darle cierta, ustedes los médicos, psiquiatría, los psicólogos, nos dan ciertas herramientas para, para salir adelante, porque tú muchas veces no puedes sola. De qué sirve que me vaya yo sola llore y llore y, y, y, desgraciadamente está una botella por ahí, me la aviento, no, no es por ahí, no es por ahí, ni el cigarrito, ni nada. Hablando, gritas, salta, pégale a la almohada, avienta cosas, pero no cometas tonterías que después te vas a arrepentir.

Alma: gracias, Blanca, ¿alguien más? ¿Cómo creen que podamos apoyarnos o motivarnos para tener estos momentos exitosos que nos incitan a continuar? ¿Josefina?

Josefina: pues venir a estas pláticas porque nos llevamos algo. Como ahorita la plática que tenemos, la señora se aplica, la otra señora también se aplica, y eso es bueno, si se quieren, pues hay que querernos. Pero también queremos saber, qué son las pastillas que nos mandan, porque como mi mamá viene a consulta trae un montón de pastillas, pero para qué son, porque a la hora

de tomarlas: “ay no, se me olvidó”, porque no sabemos qué significa una pastilla, qué bien nos hace, pero como no sabemos: “¡ay, luego!”, y luego y se nos han ido olvidando y se va el día.

Alma: muchas gracias, Josefina, ¿Alguien más, Alejandro?

Alejandro: sí este..... Pues yo creo que, es que nos den una indicación, como dice la señora, este.....¿qué medicamento es y para qué nos puede servir? O sea, es que sí, no usan mucho medicamento a veces y no sabemos para qué es. O cuando nos hacen los exámenes médicos del laboratorio, nos sale alta el azúcar, la grasa, todo eso, a veces nos dan el medicamento, pero luego no nos comentan: este te sirve para que bajes la grasa, para que equilibres tu, este tu azúcar y lo tienes que tomar de tal día tal día, tales horas, no lo sé dejes de tomar antes de tu este.....de tus alimentos, o lo puedes tomar después. Este es un.....creo que es un.....que nos guíen, ¿no?, más que nada: para qué nos sirve todo el medicamento que nos dan.

Alma: gracias Alejandro

Bertha: yo pienso que debes tenerle confianza a tu doctor para que cuando esté..... Para que cuando esté viendo tus estudios, y uno mismo también se da cuenta, porque este yo pienso que, si yo tenía vamos a ponerle 180 de azúcar hace un mes o hace 2 meses, pero ahora salí con 130, pues yo creo que ya, ya le bajé, ¿no? Hay que guiarse porque yo tengo unos atrasados y tengo el reciente, y voy haciendo comparaciones si le tengo confianza a mi doctora: “oiga, por qué me aumentó esto; oiga, pues yo veo que en esto salí alto” ....” No pues están dentro del nivel” .....”yo le veo una marquita una estrellita yo pienso que está alto” .....” alto no, está dentro del nivel, alto si estuviera más de 50 más de 60”. Una conocida me dice: “no, es que me mandaron a hacer estudios y salí con 900 de triglicéridos, me dijeron eso ya es para que esté yo internada”, que tenía mareos y que esto y el otro. Entonces yo ya comprendí por lo que me dijo la doctora: alto ya es salirse dentro del nivel que uno debe de estar. Y si yo le tengo confianza le digo: “oiga tengo esto, qué necesito” .....” Tómame unas vitaminas” .....” Ah bueno” .....” Tómame unas vitaminas y te vas a componer” o ” tienes que ir al especialista ya lo vea más profundo enfermedad con la que empiezas”, y así. Yo digo que uno mismo debe de preguntar, ¿no?, tenerle confianza.

Alma: gracias.....Marilú

Marilú: yo salí muy alta de colesterol y triglicéridos le dije a mi doctor que me diera medicamento y me dijo que no que los tenía que bajar con la alimentación y la dieta: “no, no le voy a dar, usted los tiene que bajar”, y dice uno, cómo. Y no, gracias a Dios ahorita me hicieron estudios y sí, estoy en 63 de colesterol, 80 de triglicéridos. Y este, cada 8 días me cambian mi dieta, ajá, voy con una nutrióloga; su papá de esa nutrióloga es internista y a mí me atiende. Y este..... Ahorita en los estudios que me hicieron salí bien de todo, de todo, todo. El único problema que salió mal fue de los 3 meses atrás el azúcar con la que..... glucosa.....hemoglobina glucosilada, salí con 8.5, y que la tengo que bajar siquiera a 7. Y dijeron: se está comiendo algunos alimentos que traigan..... Carbohidratos.... Tengo que ver eso, o dice; “fruta o todo eso, usted tiene que eliminar todo eso”. Y ahorita eso es lo que tengo que buscar, cuáles son. Ya me dijo lo que yo comía.....”¿Come piña?.....”No pues rara vez como piña o cuando me manda mi dieta con piña pero ya tiene un buen que no, no me la ha mandado con piña” .....” O sandía”, sandía de repente el fin de semana me como 3 pedazos. No soy de fruta yo, entonces que tengo que ver lo de la alimentación. Me dice: “ahorita le voy a prestar los estudios para que vaya a sacarle unas copias”, y en lo que estábamos en la plática se me olvida y se le olvida él, después yo ya estaba en la farmacia y dije; no, yo ya me

voy porque luego mi mamá se queda sola, pero voy a buscar qué alimentos son o que me los enseñara a mi médico de acá el internista, pero pues estoy bien de lo demás, todo bien, jaja.

Alma: gracias, Marilú

Gabriela: una experiencia exitosa, para ustedes qué sería, o sea, cómo enfocar todo eso

Alma: todo es subjetivo, es personal, no podemos definir como tal qué es una experiencia exitosa. Por ejemplo, para mí una experiencia exitosa de los pacientes que me digan: “no comí 8 tortillas, con mis 6”, ¿no?, o sea, vas a ir subjetivo de cada paciente, va a ser personalizado, va a ser individualizado. No podemos definir como tal que es una experiencia exitosa, va a ser cómo lo sienta la persona.

Gabriela: por eso, para mí una experiencia exitosa, que ya llevo todos mis estudios de los últimos 3 años siempre están dentro de lo que es. Entonces esa para mí es una experiencia exitosa en la que yo pude llevar un control de mi alimentación.

Alma: gracias

(Aplausos)

## 1. Propuestas del grupo

***Anote las propuestas acordadas por el grupo***

***Asegúrese de anotar completas cada una de las propuestas***

Alma: gracias, Gaby. Vamos a hacer cierre de taller, vamos a resumir de lo que hemos hablado, rápidamente me pueden decir con qué se quedan hoy, o qué aprendieron hoy.

Blanca: es una gran experiencia para nosotras que tenemos la enfermedad

Bertha: empecé a salir a caminar, tengo una convivencia, nos reunimos varias personas en la iglesia de la Virgen del Carmen, igual platicamos, nos desahogamos, bailamos, cantamos. A veces hay un trío, por ejemplo, el domingo fue un dueto, o a veces hay un guitarrista, un muchachito que toca en la iglesia, y empezó a tocar, bailamos. Y eso es lo que nos hace falta para desahogarnos, platicar de los problemas, porque en todas las casas hay problemas, dicen hasta en las mejores familias, y ya uno se desahoga un rato. Y eso es de lo que trató ahorita, se nos olvida un rato nuestros problemas con los hijos principalmente, por ellos vivimos. Nos hizo bien porque pues sacamos algo de lo que traemos, traíamos exactamente. Pues qué bueno, ¿no? Si van a hacer el encuentro cada 6 meses, no sé cómo se vayan a organizar pues estaría bueno, ¿no?

Alma: gracias

Gabriela: trabajar en equipo, las situaciones acompañadas son más llevaderas, el estar con personas que hacen empatía con nosotros, que saben tal vez de lo que estamos hablando, yo ya no estoy con nadie desconocido, ¿verdad? Todos diferente, pero tenemos la misma situación que es la enfermedad, entonces hay un vínculo de comprensión y empatía porque sabemos, ¿no?, lo que sentimos en lo físico, en lo emocional, sabemos qué sentimos, ¿no?, todo eso. Entonces esto es lo que...lo que estos talleres nos dan, ¿no? Para poder sobrellevar las circunstancias allá afuera, sobre todo principalmente con la familia. Yo siempre digo, no ser una carga, no ser una molestia, mejor voy a un lado y ahí les platico todo lo que siento, todos los achaques que siento para no fastidiar, ¿no? Entonces, yo les agradezco principalmente a estas dependencias, el centro de salud que organizan, ¿no? Y a ustedes como docentes, como doctores que están aquí apoyándonos, ¿no?, principalmente, ¿no?, que siga esto porque al otro encuentro al que yo vine, éramos muy poquitos, éramos muy poquitos, a lo mejor eso me desanimó y ya no pude venir, porque este es el quinto y yo nada más había venido a uno, entonces, yo la verdad...son otras caras, solo la doctora, ella sí ya estaba, pero de ahí en fuera todos son diferentes. Tampoco no nos sacaron tantas fotos como ahora, ya voy a ser famosa, las van a subir al *face*, como en diciembre que vinimos acá a lo de las posadas que hicieron, si es bonito todo esto.

Alma: gracias ¿Alguien más que quiera compartir con qué se queda hoy? ¿qué aprendió?

Rosalinda: bueno, por un momento nos olvidamos de los quehaceres, no, no sé bueno, pero es este conocer personas nuevas. Yo no hago nada de quehacer, estoy acá, ya pasé un rato, pero hace ratito, bueno, yo me la pasé bien y me la sigo pasando bien.

Alma: qué bueno, me da mucho gusto, ¿alguien más, con qué se quedan hoy, qué aprendieron?

Marilú: pues yo también me la pasé muy bien, me sentí muy a gusto y espero que se vuelva a repetir esto, que es estar aquí en reunión con todos ustedes, y que traigan más gente a aprender más.

Leonila: pues yo le doy gracias a Dios por todo lo que he vivido, porque queremos hacer lo que no debemos hacer. Debemos poner de nuestra parte, poder tranquilizarnos, no ponernos nerviosos como yo a esta edad que tengo, yo todavía me siento nerviosa, me siento nerviosa de que no sé ni qué es lo que tengo. Ayer me chequé la presión y la tengo bien, entonces le digo a mi hija, a lo mejor tengo un poco alta la glucosa que se me ha desarrollado, soy pre diabética. Pero, de todos modos, debemos poner de nuestra parte y hay que tranquilizarnos. Yo cuando me siento nerviosa le digo a mi hija que me prepare un té de azares o un té de tila y ya me lo hace, y ya me siento tranquila. El remedio que me da es un pedazo de chayote licuado con agua, entonces me da el vaso, me lo tomo y me tranquilizo. Entonces, pues este, me siento muy contenta de estar aquí con ustedes para escucharlos y la persona que está a un lado, Blanca, le digo que yo ya no escucho, pero a una distancia en la que están ustedes, escucho que están hablando. Me sentí mareada, le dije a mi hija y ya me llevaron a acostar a la cama, entonces fui al doctor y ya me explicó que no me llega bien la sangre al cerebro, que mismo me agarró el mareo. Y luego hace 8 días como que escuché un ruido en mis oídos y el doctor me dio unas pastillas para que me las tomara por mes y medio que porque era desgaste de los oídos. Y del oxígeno me dijo que era por la edad que tengo, y gracias a Dios, ya voy a cumplir 88 años, por ese motivo, yo hago lo posible por cuidarme. Las pastillas que me recetó el doctor, me dijo que me las tomara por mes y medio y para el mareo me dio otras pastillas y me dijo que me las tomara cuando me diera el mareo, cuando me diera leve que no me las tomara, pero las pastillas que me dieron para los oídos, me dice mi hija que esas mismas me puedo tomar, que me sirven para el mareo y me sirven para los oídos. Entonces, eso es lo que estoy tomando, me las tomo por un mes, y dejo descansar otro mes y así, pues ahí la llevo. Luego siento mi cabeza, no sé, como que siento que me quiere dar el mareo, lo que hago es que mejor me acuesto. Yo no distingo bien, este ojo me lo operaron, pero lo perdí, entonces con el ojo izquierdo veo un poquito, pero me dice el doctor que me cuide yo porque tengo glaucoma y el glaucoma dice que no se cura ni se opera y ay que irlo tratando con gotas para que no se siga desarrollando, porque si se sigue desarrollando puedo perder el ojo.

Alma: gracias, Leonila, muchas gracias. Entonces para la persona que guste hablar, vamos a resumir. Hablamos de alimentación, hablamos de la familia hablamos de nuestras de las experiencias exitosas, hablamos de emociones compartimos risas, para quien guste hablar yo me imagino que les van a ceder la palabra. Me da mucho gusto verlos aquí a algunos los conozco de la consulta, a otros los conocí en la reunión, otros son mi familia. Entonces les agradezco. Honestamente estábamos muy nerviosos, es el primer encuentro de mi compañera Dafne y mía, es la primera vez que nos toca coordinar, entonces para nosotros significa mucho que estén aquí. Y yo creo que todos nos merecemos un aplauso.

(Aplausos)

### iii. ENCUENTRO EN CST III SAN FRANCISCO TLALTENCO

En este encuentro tuve el rol compartido de relatora con mi compañera la médico pasante Alelí, además, la coordinadora fue la médico pasante Brenda, quien fue

pasante de este centro de salud (**Anexo IX**). Este encuentro fue el 23 de junio de 2023. A continuación, se presenta la relatoría que realicé de este encuentro.

Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica			
Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac	Coordinador(a): Brenda Silva caballero	Página: ___ de ___	
	Grupo:	Fecha: 23. 06. 2023	
<b>1. Personas participantes:</b>			
Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Rubén Cortés Miranda	m	75	CST III San Francisco Tlaltenco
Silvia Ruiz Pérez	F	49	CST III San Francisco Tlaltenco
Pastor Gutiérrez Ramírez	m	60	CST III San Francisco Tlaltenco
Elizabeth Chávez Martínez	F	57	CST III San Francisco Tlaltenco
Santanero Domingo Castañeda Peña	M	66	CST III San Francisco Tlaltenco
Dolores Jiménez Cortés	F	60	CST III San Francisco Tlaltenco
Aurora Ávila Mata	F	60	CST III San Francisco Tlaltenco

**1. 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 \_\_

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 si 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 corresponderles 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)

***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 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.

**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 retomarlos 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 disipé 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.

**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**

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:** eh 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.

#### iv. 10° ENCUENTRO DE PACIENTES DEL PUS

Este encuentro se llevó a cabo el 7 de septiembre de 2023 en el auditorio abierto de la UAM Xochimilco. A los y las pacientes que acudieron se les colocó un gafete para identificar en qué mesa de discusión les tocaría participar y al mismo tiempo para facilitar la comunicación al identificar el nombre de cada participante.

El propósito de este encuadre fue conocer si las personas de cada consultorio estaban dispuestas a formar nuevamente el consejo asesor. Este último es un consejo en el que los pacientes se reúnen para fortalecer la comunidad. En estos grupos de convivencia, los pacientes tienen la libertad de proponer estrategias de autocuidado para las y los demás; por ejemplo, proponer platillos saludables o sugerir rutinas de ejercicio justo para personas con enfermedades crónico-degenerativas. Los consejos asesores ya existían hace algunos años; no obstante, el aislamiento que se presentó durante la pandemia de covid, hizo que los consejos se disolvieran. Es por eso, que ahora se pretende reintegrarlos. Cabe mencionar que algunas pacientes de este encuentro ya habían sido parte del consejo asesor con anterioridad.

En este encuentro tuve la oportunidad de ser coordinadora del encuentro. Fue una experiencia muy gratificante, era algo que yo esperaba desde hace mucho tiempo, pues ya llevaba 3 encuentros donde fui relatora (**Anexos X y XI**). A continuación, se presenta parte de los conversado con las pacientes.

## 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>
Que las pasantes sigan siendo flexibles para asignar las citas de continuidad	Cuidar nuestra alimentación Aprender en la consulta qué alimentos nos ayudan
Que las pasantes sigan siendo amables al darnos la atención	Saber discernir qué alimentos no es conveniente comer en exceso
Que las pasantes sigan resolviendo nuestras dudas	Hacer ejercicio
Que las pasantes sigan enseñándonos como autocuidarnos	Tomar nuestros medicamentos de forma regular sin olvidar horarios.
	Acudir de forma regular a las consultas

## 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>
¿Qué responsabilidad implica formar los consejos? R: cumplir con acuerdos	Conviene organizarnos para aprender de las demás pacientes	El horario laboral es irregular y eso impide ser constante en la asistencia
¿Es necesario acudir siempre? La idea es que acudan la mayoría de veces	Es conveniente para compartir y aportar conocimiento a las demás pacientes	Dificultad para movilidad al acudir al consultorio a los consejos
¿En qué lugar nos reuniremos? R: en el consultorio de Volcanes	Es una oportunidad para comentar dudas que surjan en la preparación de los alimentos.	El horario de compromisos en el hogar no permite acudir a los consejos
		SPM: aunque anteriormente la señora Rosa María fue parte del consejo asesor, actualmente ella no acepta formar nuevamente el consejo asesor. Las razones por las que no acepta es porque en este momento no cuenta con el apoyo de su hija, la paciente se encuentra sola en casa y no puede descuidar su hogar

En este encuentro, la mesa que coordiné decidió sí reactivar el Consejo Asesor. En la siguiente tabla se encuentra el nombre de las pacientes participantes y la cita de la primera reunión.

¿Aceptamos que nuestro consultorio reactive su Consejo Asesor? Participantes, lugar, fecha y hora
Lugar: consultorio de Volcanes, 20 de septiembre 9:00 am
María Isalia Galván Morales
Edalí González Herrada
María Guadalupe Herrada Rodríguez

#### V. MÓDULO 4. TUTORÍA DE CASOS

El doctor Víctor Ríos nos envió un documento **(14)** para realizar casos clínicos con el MAICP, ya que propone una forma integral de ver a los y las pacientes. Este modelo se avoca a las personas que viven con alguna enfermedad crónico-degenerativa en cualquiera de sus modalidades y variantes. Algunos pasantes tuvieron la oportunidad de presentar casos clínicos de los pacientes del centro de salud (en pareja de pasantes) o de los consultorios del PUS (individual). Los casos clínicos expuestos fueron presentados en línea a través de la plataforma zoom, en donde los y las pasantes nos reuníamos. El caso clínico se presentó en diapositivas de power point y mientras estos casos eran presentados, el doctor Víctor hacía algunas observaciones, posteriormente al término de la presentación del caso, se abría la mesa de discusión. En la exposición de los casos clínicos expuestos por los pasantes, se hacía mucho énfasis en investigar los determinantes sociales de la salud y en explorar los recursos y redes de apoyo de los y las pacientes para así identificar mejor las áreas de oportunidad y las debilidades de cada caso en particular.

En otras sesiones del diplomado, revisamos casos clínicos elaborados por la doctora Gasca, por la pasante Anilú y por la pasante Jessica, éstas últimas también se encontraban realizando su servicio social en el PUS. En este caso, las coordinadoras de la sesión abrían pequeños grupos en la sesión general de la plataforma zoom con 5 a 7 integrantes para discutir cada caso clínico; posteriormente, se deshacían los grupos y se regresaba a la sesión general para comentar con todos y todas las líneas de tratamiento sugeridas. Entre los pasantes aportábamos nuestro punto de vista basado en la experiencia clínica, en lo leído en los documentos de evidencia clínica, y en lo observado en la experiencia de los pacientes. En este caso, también recibimos retroalimentación de parte de las y los coordinadores, quienes buscaban aportar correcciones a la resolución de casos propuesta por los pasantes.

En general, el discutir los casos clínicos de las pacientes pretendían hacernos reflexionar respecto a nuestros propios pacientes. Por ejemplo, en el consultorio de SPM, pude identificar algunos factores y determinantes de salud que coincidían con los casos revisados.

#### 4. ACTIVIDADES ADICIONALES AL DIPLOMADO

##### I. ENCUENTRO DE LOS 50 AÑOS DE LUCHA DEL MPPCS

Este 2023 se llevaron a cabo las jornadas por la celebración de los 50 años de creación del MPPCS, medio siglo de lucha continua. La hermana Enri Curiel empezó con un discurso de los logros del movimiento. Posteriormente amenizó la banda mixe del maestro Joel Flores. Después de un poco de música, el padre Jesús Ramos dio testimonio del acompañamiento pastoral a lo largo de estas 5 décadas. También escuchamos las experiencias de compañeros y compañeras del movimiento. Junto a la banda mixe tocando “Dios nunca muere” se hizo homenaje a quienes no pudieron asistir por enfermedad o por fallecimiento, todo esto acompañado de rosas blancas depositadas sobre el escenario. Enseguida se hizo la presentación del libro de testimonios editado por el Instituto Nacional de Antropología e Historia. Por último, se dieron agradecimientos por el acompañamiento durante estos 50 años. Terminada la ceremonia se dio inicio a la convivencia con tamales de frijol, mole, arroz, pollo y de fondo escuchábamos la banda amenizando **(Anexos 12-15)**.

Esta celebración de medio siglo de lucha, significa resistencia para las personas que viven en los pueblos originarios, y así como el PUS lleva 30 años funcionando, ambas organizaciones comparten la promoción de los derechos de las personas. Debido a que mucha de la comunidad de los pueblos originarios son adultos mayores, tanto el PUS como el MPPCS comparten objetivos, pues ambos buscan la salud de la población, disminuir la morbilidad, las complicaciones y la mortalidad por causas prevenibles en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Participar en el aniversario de los 50 años de existencia del MPPCS es una forma de fortalecer el vínculo del PUS con este movimiento, para que continúen más años de colaboración; de este modo seguir implementando el MAICP durante más generaciones en el consultorio de SPM.

## II. PAPANICOLAU O CITOLOGÍA CERVICAL

Como ya se mencionó supra, existe un consultorio de ginecología en el Centro Social de SPM, aunque por el momento no se cuenta con médico ginecólogo que lo atienda; por tanto, existe el espacio para tomar muestras ginecológicas. Al principio de mi servicio social, el equipo de coordinación del PUS gestionó con el hospital general Dr. Manuel Gea González, que el servicio de patología nos procesara las muestras de citología cervical Papanicolau. La coordinación apoyó esta iniciativa generando 2 carteles para invitar a las pacientes al procedimiento, los cuales fueron pegados en la entrada de la puerta del Centro Social de SPM y dentro del consultorio (**Anexos II, XVI y XVII**). Esta vinculación ya existía previamente en SPM; no obstante, con la pandemia de covid, se suspendió la toma de muestras y el servicio de procesamiento en el hospital por la emergencia sanitaria. Por eso, en el año 2023, reactivamos el servicio en beneficio de la comunidad.

Este servicio se ofreció en los consultorios de Volcanes y de San Pedro Mártir, y yo fui la pasante encargada de tomar y llevar las muestras al hospital y de recoger los resultados para entregarlos en los respectivos consultorios; y al mismo tiempo asesorar a las pacientes respecto a sus resultados. En los resultados no se encontró ninguna paciente con lesión intraepitelial de bajo riesgo, por lo que ninguna fue referida al servicio de colposcopia ni a la clínica de displasias del hospital antes mencionado; solo se invitó a realizarse dentro de 6, 12, o 36 meses, según cada caso. Las muestras las tomé durante en el consultorio de ginecología y los materiales fueron otorgados por el esfuerzo combinado del hospital, de la universidad y del consultorio (**Anexo XVIII**).

## III. COLOCACIÓN DE OFRENDA

Como parte de las actividades culturales de nuestro país, decidí incluir un apartado para describir mi experiencia en la colocación de la ofrenda. Siguiendo la misión de la universidad de preservar el testimonio cultural de México, es importante hacer mención de un evento que más allá de lo religioso, es una representación cultural.

Entre los usos y costumbres del pueblo de San Pedro Mártir se encuentra la colocación de ofrendas el día 1° de noviembre y del rezo del rosario por la noche para recibir a las almas de los seres queridos que ya fallecieron. Pese a que el calendario de la UAM marca como festivo el día 1° de noviembre, se me dio la indicación de asistir al consultorio con toda normalidad. Como la mayoría de los habitantes del pueblo colocan ofrendas, no llegó ningún paciente al consultorio ese día; por lo que las personas que laboran en el consultorio me invitaron a ayudar en la colocación de la ofrenda del MPPCS. Fue algo inesperado para mí, pero me sentí honrada de esa invitación, por lo que acepté participar **(Anexo XIX y XX)**.

La ofrenda se colocó en el kiosko del pueblo, que se encuentra a unos 30 metros de distancia de la entrada del consultorio. En la ofrenda se colocaron alimentos cubiertos de plástico, flores de cempasúchil en macetas, así como sus pétalos esparcidos por el suelo, se decoró con papel picado. En el suelo del kiosko se colocaron fotografías de los difuntos que han formado parte de los 50 años de existencias del MPPCS. Por la noche se rezó el rosario para esperar la venida de los difuntos **(Anexo XXI y XXII)**, quienes son parte del MPPCS y sus familias hicieron guardia por la noche para recibir a los muertos.

## 5. CONCLUSIONES

En este año de servicio social hubo una serie de cambios muy drásticos en mi capacidad resolutoria para atender pacientes. No se compara la pasante que entró en febrero de 2023, a la egresada de febrero 2024. Creo que este año fue muy fructífero en muchos sentidos. En el año previo al servicio social hice el internado, en el cual di consulta a los pacientes, pero siempre acompañada de otro médico con un grado académico superior al mío, que funcionaba como mi guía, mi apoyo y ese acompañamiento me daba seguridad. No obstante, en el servicio social yo sola estuve encargada de atender a los y las pacientes, pues no había acompañamiento de ningún médico.

Este cambio fue muy importante para mí, pues ser médico en el centro de un pueblo es una gran responsabilidad, el margen de error es mínimo, la gente espera soluciones a sus problemas, no nuevas incógnitas. Por eso, saliendo del servicio social, me ponía a reflexionar, a repasar todo lo aprendido en los años de carrera, para poder ofrecer respuestas y soluciones a los problemas de salud de la población de SPM.

El dar consulta en SPM me permitió desarrollar habilidades de comunicación, de organización, de acompañamiento a las pacientes y de resolución de problemas. Considero que en este año de servicio social maduré mucho en varios aspectos de mi vida, aprendí a tolerar la frustración, a tener seguridad en mí misma, a confiar en lo leído en los textos de evidencia científica y, sobre todo, aprendí a darle seguridad a las personas que confían en mí.

Respecto al MPPCS solo me queda agradecerles, antes de mi pasantía yo no tenía idea de la labor tan importante que han realizado. Considero que son un ejemplo para muchos grupos poblacionales que están desprotegidos o que son minorías sociales que se encuentran dominadas, exiliadas o relegadas y que necesitan unirse en la lucha para exigir sus derechos humanos. Desde mi punto de vista, el movimiento es una fuente de inspiración para exigir respeto a nuestras costumbres, a nuestras ideas y exigir que se nos deje vivir de manera libre y responsable. Por lo anterior, les auguro muchísimos años más de lucha.

Me parece que el espíritu rebelde del movimiento es homólogo al espíritu rebelde del MAICP, ya que a pesar de que hoy somos pocos los que lo conocemos, con la rebeldía de seguir implementándolo, poco a poco lograremos que se extienda no solo a nivel local, sino a todo el país y así conseguir un mejor estado de salud de la población mexicana.

El MAICP es un nuevo modelo, le digo nuevo porque en este país muchos individuos no lo conocen, pero que si bien lleva varios años teorizándose e implementándose en otros países de primer mundo. El modelo del PUS me permite justificar atender a los pacientes desde una visión holística, porque desde hace tiempo es un estilo que utilizo para atender pacientes, pero he sido objeto de cuestionamiento por los colegas, ya que muchos profesionistas de la salud continúan pensando que existe una superioridad por parte del médico en la toma de decisiones. En cambio, el PUS y el MAICP son el argumento que usaré para seguir atendiendo a los pacientes de forma holística y en una relación de iguales, en la que ni el paciente sea superior, ni la médica lo sean, ambos podemos ser iguales, aunque juguemos roles diferentes.

Pienso que imponer cualquier rutina es el peor método para lograr algo, porque en cuanto podemos, los seres humanos escapamos de este tipo de situaciones. De ahí el fracaso del sistema de salud al atender personas con enfermedades crónico-degenerativas, pues imponerles tratamientos hace que huyan de esa realidad y que incluso, eviten los tratamientos impuestos, aunque éstos tengan beneficios en ellos. Me parece que el modelo expandido de atención a personas con padecimientos crónicos es innovador y prometedor, ya que al proponer que en la consulta se tome en cuenta el punto de vista del paciente o simplemente se le pregunte a la paciente si está de acuerdo o no con su tratamiento, se genera un cambio radical en la forma en que las personas perciben el cuidado a su salud y es entonces cuando empiezan a auto empoderarse y a tomar un rol activo en el autocuidado de su padecimiento crónico degenerativo.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Mora T. Los pueblos originarios de la Ciudad de México. En: Mora T. Los Pueblos Originarios de la Ciudad de México Atlas Etnográfico. Ciudad de México: INAH; 2007. Pp 13-20
2. Ochoa G. Proyecto Urbano de Salud, 30 Años de Vínculo con las Comunidades del Sur de la Ciudad de México. Revista Cauce: 27 enero 2023. Disponible en: [Proyecto Urbano de Salud, 30 años de vínculo con las comunidades del sur de la Ciudad de México \(uam.mx\)](#)
3. Google maps. Consultado el 19.01.24. Disponible en: [https://www.google.com/maps/place/Laurel+140,+San+Pedro+M%C3%A1rtir,+Tlalpan,+14650+Ciudad+de+M%C3%A9xico,+CDMX/@19.2663173,-99.1702146,17z/data=!4m14!1m7!3m6!1s0x85ce00957436c755:0x65d000a85e9f1cfd!2sLaurel+6,+San+Pedro+M%C3%A1rtir,+Tlalpan,+14650+Ciudad+de+M%C3%A9xico,+CDMX!3b1!8m2!3d19.2678821!4d-99.1703004!3m5!1s0x85ce00c01bff2f31:0xabf789336f58dd5e!8m2!3d19.2663893!4d-99.1667137!16s%2Fg%2F11c4\\_33lmr?authuser=0&entry=ttu](https://www.google.com/maps/place/Laurel+140,+San+Pedro+M%C3%A1rtir,+Tlalpan,+14650+Ciudad+de+M%C3%A9xico,+CDMX/@19.2663173,-99.1702146,17z/data=!4m14!1m7!3m6!1s0x85ce00957436c755:0x65d000a85e9f1cfd!2sLaurel+6,+San+Pedro+M%C3%A1rtir,+Tlalpan,+14650+Ciudad+de+M%C3%A9xico,+CDMX!3b1!8m2!3d19.2678821!4d-99.1703004!3m5!1s0x85ce00c01bff2f31:0xabf789336f58dd5e!8m2!3d19.2663893!4d-99.1667137!16s%2Fg%2F11c4_33lmr?authuser=0&entry=ttu)
4. Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur. Voces de lucha, a 50 años del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur. Vol. I. Ciudad de México: Navaja ediciones; 2023
5. Manrique M. Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, 30 años de compromiso. En: Mora T. Los Pueblos Originarios de la Ciudad de México Atlas Etnográfico. Ciudad de México: INAH; 2007. Pp 121-125
6. Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur. Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur. Documento digital en Word
7. Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur. Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur: 40 años de lucha permanente, 1973-2013. Documento digital en Power Point
8. Barr VJ, et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly. 2003; 7(1): 73-82

9. Shyong TE. Person-Centred Care in Diabetes: What is It Based on and Does It Work? The singapore family physician. 2020; 46(7):11-5
10. Ríos V, Gasca A. Diplomado. Documento digital en pdf
11. Ríos V, Gasca A. Guía Final Diplomado\_Prom-febrero 23-enero 24. Documento digital en pdf
12. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Salud Publica Educ Salud. 2001; 1(1): 19-22
13. Franco-Giraldo A. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. 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
14. Ríos V, Gasca A. Guía presentación caso clínico nov 2023. Documento en pdf

## 7. ANEXOS

### I. Mapa de la Cuenca de México precolombina



MAPA 2. La Cuenca de México. Fuente: *Arqueología Mexicana* (2004: 85).

Fuente: Mora T. Origen y Fundación de la Ciudad de México y sus pueblos. En: Mora T. *Los Pueblos Originarios de la Ciudad de México Atlas Etnográfico*. Ciudad de México: INAH; 2007. Pp 43-57

### II. a. Centro Social visto desde la calle



Fuente: archivo personal



## V. Atención primaria a la salud con una paciente del PUS



Fuente: archivo personal

## VI. Modelo extendido de atención a pacientes crónicos

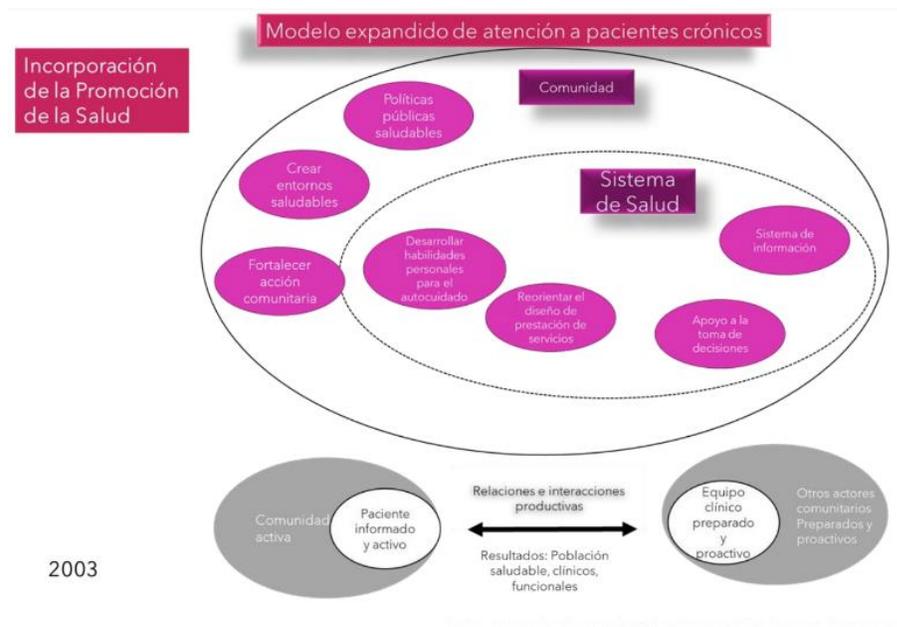


Figura 2. Modelo Expandido de atención a pacientes con enfermedades crónicas. El modelo de atención integral consta de tres subsistemas: En la parte inferior de la figura el primero, representado por la relación equipo de salud-paciente. En la parte superior los dos siguientes, uno dentro del otro. En la parte interna el subsistema de salud, con cuatro componentes y en la parte externa el subsistema de comunidad.

Fuente: Tomado de: Ministerio de salud: Gobierno de British Columbia. Expanded Chronic Care Model. 2003

Fuente: Ríos V, Gasca A. Diplomado. Documento digital en pdf

## VII. Tabla de los componentes del modelo extendido de atención a crónicos

COMPONENTS OF THE CHRONIC CARE MODEL		COMPONENTS OF THE EXPANDED CHRONIC CARE MODEL		EXAMPLES
Health System - Organization of Healthcare	Program planning that includes measurable goals for better care of chronic illness			
Self-Management Support	Emphasis on the importance of the central role that patients have in managing their own care	Self-Management / Develop Personal Skills	Enhancing skills and capacities for personal health and wellness	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Smoking prevention and cessation programs</li> <li>• Seniors' walking programs</li> </ul>
Decision Support	Integration of evidence-based guidelines into daily clinical practice	Decision Support	Integration of strategies for facilitating the community's abilities to stay healthy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Development of health promotion and prevention "best practice" guidelines</li> </ul>
Delivery System Design	Focus on teamwork and an expanded scope of practice to support chronic care	Delivery System Design / Re-orient Health Services	Expansion of mandate to support individuals and communities in a more holistic way	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advocacy on behalf of (and with) vulnerable populations</li> <li>• Emphasis in quality improvement on health and quality of life outcomes, not just clinical outcomes</li> </ul>
Clinical Information Systems	Developing information systems based on patient populations to provide relevant client data	Information Systems	Creation of broadly based information systems to include community data beyond the healthcare system	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use of broad community needs assessments that take into account: <ul style="list-style-type: none"> <li>• poverty rates</li> <li>• availability of public transportation</li> <li>• violent crime rate</li> </ul> </li> </ul>
Community Resources and Policies	Developing partnerships with community organizations that support and meet patients' needs	Build Healthy Public Policy	Development and implementation of policies designed to improve population health	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advocating for / developing: <ul style="list-style-type: none"> <li>• smoking bylaws</li> <li>• walking trails</li> <li>• reductions in the price of whole wheat flour</li> </ul> </li> </ul>
		Create Supportive Environments	Generating living and employment conditions that are safe, stimulating, satisfying and enjoyable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintaining older people in their homes for as long as possible</li> <li>• Work towards the development of well-lit streets and bicycle paths</li> </ul>
		Strengthen Community Action	Working with community groups to set priorities and achieve goals that enhance the health of the community	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supporting the community in addressing the need for safe, affordable housing</li> </ul>

Fuente: Barr VJ, et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly. 2003; 7(1): 73-82

## VIII. Esquema del diplomado

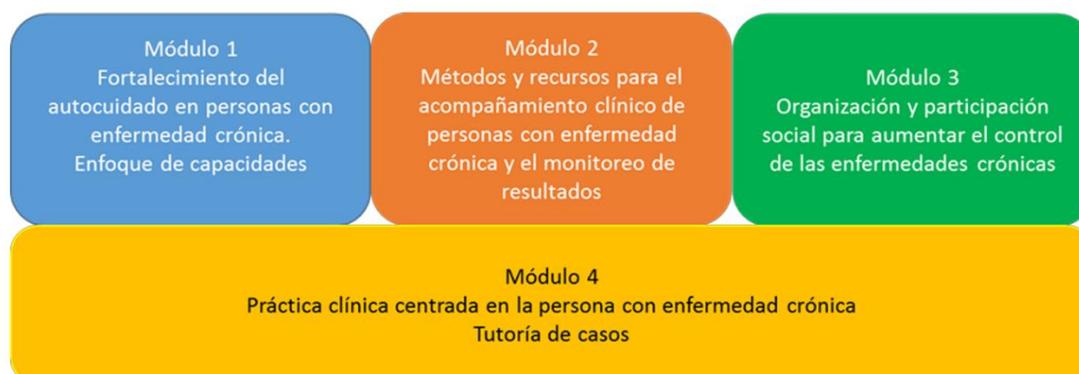


Figura 1. Esquema general del diplomado.

Fuente: Ríos V, Gasca A. Diplomado. Documento digital en pdf

- IX. A la izquierda: Encuentro de salud en CST.III San Francisco Tlaltenco  
X. A la derecha: en compañía de la paciente del PUS Rosa María en el 10° Encuentro de Salud en la UAM



Fuente: archivo personal



Fuente: archivo personal

- XI. La mesa que coordiné en el 10° Encuentro de Salud en la UAM



Fuente: archivo personal

## XII. Las mujeres del MPPCS que han sido partícipes durante los 50 años



Fuente: archivo personal

## XIII. La banda mixe en la celebración de los 50 años del MPPCS



Fuente: archivo personal

#### XIV. Ceremonia de los 50 años del MPPCS



Fuente: archivo personal

#### XV. Convivencia en la celebración de los 50 años del MPPCS



Fuente: archivo personal

XVI. A la izquierda: cartel del servicio de Papanicolau

XVII. A la derecha: mesa de exploración del consultorio de ginecología

XVIII. Abajo: toma de muestras de citología cervical



Fuente: archivo personal



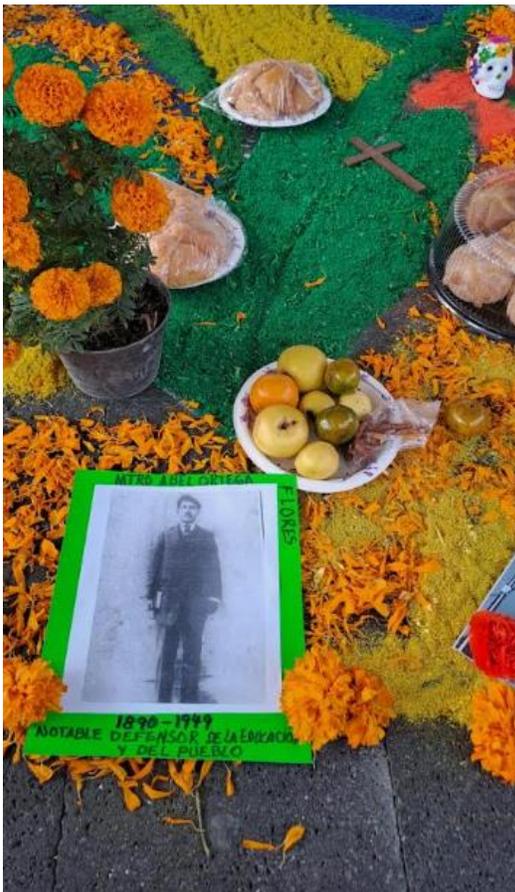
Fuente: archivo personal



Fuente: archivo personal

XIX. A la izquierda: ofrenda con fotos de los difuntos que han luchado por los derechos de los pueblos del sur. En la imagen el profesor Abel Ortega Flores, notable defensor de la educación y del pueblo durante la primera mitad del siglo XX. Actualmente, una de las escuelas primarias de SPM lleva su nombre

XX. A la derecha: colocación de ofrenda en el kiosko de SPM



Fuente: archivo personal



Fuente: archivo personal

XXI. Ofrenda de noche en la espera de la llegada de los difuntos



Fuente: archivo personal

XXII. Ofrenda de noche durante el rosario y veladoras para los difuntos



Fuente: archivo personal