

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

## DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

### LICENCIATURA EN MEDICINA

**Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto (MAICP). Un enfoque de Capacidades.**

# “El humanismo en la atención médica de primer nivel”

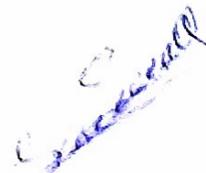
Roberto Magdaleno Garcia

2162028820

**Promoción 1 de Agosto 2022 a 31 de Julio 2023**



Asesor interno: Dr. Víctor Ríos Cortázar



Asesor externo: Dra. Alejandra Gasca García

## Presentación

El origen de este documento abarca el periodo comprendido entre 1 de Agosto de 2022 hasta el 31 de Julio de 2023 en donde se llevo cabo mi servicio social y es con el fin de mostrar la evidencia del desarrollo del proyecto de atención centrada en la persona, para determinar mi desempeño en mi unidad de adscripción así como determinar la eficacia del programa por el cual fue hecho y se compone de los siguientes apartados, una breve explicación acerca del proyecto de atención centrada en la persona, las actividades y dinámica llevada a cabo dentro de las sesiones del diplomado, los trabajos finales presentados para acreditar los módulos que incluyen un ensayo y una revisión sistemática, también se presenta un balance de paciente atendidos, sus distintos padecimientos así como el seguimiento dado, posteriormente la sección de acción comunitaria que incluye conceptos de la verdadera promoción de salud en acción y los distintos encuentros de pacientes llevados a cabo durante el periodo, la práctica clínica llevada a cabo en el diplomado que se basa en la discusión de casos clínicos centrados en la persona y no en la enfermedad, las conclusiones acerca del programa, el proyecto y mi estancia durante el servicio social y terminando con una sección de anexos en donde se incluye material gráfico de mi desempeño en el servicio social tanto dentro como fuera del consultorio.

En mi caso particular como sede de adscripción elegí el centro de salud T-II San Mateo Xalpa perteneciente a la jurisdicción Xochimilco, en esta jurisdicción pude notar que se encuentran muy bien informados acerca de este proyecto y por ende siempre se ven inmiscuidos en el mejoramiento y apoyo al mismo tanto hacia los pasantes como a los encuentros que se suscitan, siempre pendientes de los pacientes con enfermedades crónicas y apoyando a los pasantes para que esto sea más fácil y el programa se pueda llevar de la manera más eficaz posible, así como es pertinente mencionar que esta jurisdicción es la que en cada encuentro se encuentra dentro de los primeros lugares en el volumen de pacientes que acuden.

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

Este modelo modificado por la UAM se compone de 2 esferas principales y una línea paralela externa que en su conjunto forman 3 subsistemas que incluyen: Los sistemas de salud, la comunidad y las relaciones interpersonales o relaciones efectivas, y en los siguientes párrafos se dará una explicación de cada uno así como sus componentes y cómo esto ayuda a mejorar la atención de las personas y por consiguiente conseguir el control de su enfermedad.

### The Expanded Chronic Care Model



En el primer punto tomaremos al Sistema de Salud en donde se engloba el comportamiento de este sistema en algunos puntos como el apoyo al automanejo de las personas, es decir guiar a la persona a la autonomía en el control de su enfermedad, que tengan el control sobre su padecimiento y no al contrario, también comprende el diseño del sistema de atención generando nuevas propuestas en la manera de mejorar la salud de las personas y dejando un poco de lado la atención tradicional médica expresada en la siguiente frase: “yo digo y tu haces, porque yo sé y tu no sabes”, el siguiente punto englobado es el apoyo en la toma de decisiones de las personas informando a las personas acerca de los tratamientos disponibles y explicando la mejor evidencia disponible para que tengan la libertad de decidir que les conviene todo esto de la mano de la medicina basada en evidencia y por último punto se incluyen los sistemas de información en donde se buscan las mejores estrategias para transmitir la información a la población de una manera simple eficaz que permita mantener a la población con la mejor evidencia disponible. Todo esto se lleva a cabo dentro del servicio social por medio de la aplicación del modelo de atención dentro de la consulta, permitiendo a las personas expresar sus inquietudes y explicando cuáles son las mejores opciones de tratamiento así como las que puede elegir, se preguntan dudas y se incita a las personas a que se interesen por sus padecimientos para poder atenderlos, así como el empleo de diferentes

recursos gráficos para hacer más comprensible la información para todas las personas independientemente de su situación.

En el siguiente subsistema llamado comunidad implica todo lo relacionado al entorno de las personas así como su relación con el mismo y con las demás personas, aquí se engloban aspectos muy importante, el primero es la construcción de políticas públicas en donde se busca mejorar las condiciones de salud de las personas por medio de derechos y obligaciones así como acciones que beneficien el mantenimiento de la salud y mejor aun aumentado la salud, el siguiente aspecto importante es el de crear entornos de apoyo ya que lo que como médicos vemos acerca de una personas en una consulta en realidad es una muy pequeña parte de todas la vivencias que tiene, así que es fundamental que el entorno de apoyo en el ámbito de salud también se encuentre fuera de las 4 paredes de los servicios de salud pública y con esto la salud sea llevada hasta las personas, y para finalizar este subsistema nos encontramos con la parte de fortalecer la acción comunitaria en donde se busca que las personas sean mas participes de su salud y actuen directamente en su comunidad buscando su mejoramiento generadno ambientes de salud y haciendo que estos mism generen aun mas salud. Todos estos aspectos se traducen de manera práctica en el enfoque de proyecto en donde se busca el mejoramiento dentro y fuera de la clínica, también participando en políticas públicas, así como educando y activando a los pacientes en cada consulta para convertirlos en los portavoces de la salud. Es un hecho que fuera de las 4 paredes casi todo está fuera de nuestro control pero acciones como los grupos de ayuda mutua que suman a este proyecto, los encuentros de pacientes y la edición de recetario saludable son actividades que con el paso del tiempo han ido mejorando la acción comunitaria.

Y para finalizar como último subsistema a tratar es el paralelo llamado relaciones e interacciones interpersonales que pone en contexto todo el trabajo realizado con las personas, en donde se forman pacientes informados y activos que saben todo lo relacionado con su padecimiento formando una comunidad activa y agentes de salud externos que ayudan a mantener informada a la población que las rodea. Todo esto se traduce de manera práctica en la labor que hacen nuestros pacientes de referir a personas con los mismos problemas a los servicios de salud y también incluso sabiendo qué hacer en ciertas situaciones de riesgo leve e identificando la normalidad en los parámetros de laboratorio y de esta manera convirtiéndose en valiosos agentes de salud y una rama importante del árbol de los servicios de salud.

## **El diplomado**

Esta parte del proyecto es una actividad fundamental y se lleva a cabo a través de sesiones académicas mixtas presenciales y en línea, todos los temas abordados se enfocan en la explicación teórica y la puesta en práctica del modelo expandido de la atención centrada en el paciente con enfermedades crónicas. Se compone de 3 módulos el primero dirigido hacia la transformación del paciente común hacia una persona empoderada y autónoma en el cuidado de su salud, posteriormente herramientas y acciones para la implementación del modelo incluyendo la medicina basada en evidencia así como la permanente actualización en las enfermedades crónicas, y como módulo final la integración de toda esta información y llevada a la práctica médica formando una comunidad activa y que forma relaciones productivas. En

cada sesión un pasante asignado de la promoción presenta el tema que se abordará apoyado de la bibliografía pertinente proporcionado por el doctor Victor, posterior al término de la explicación se nos llena de retroalimentación y se trata de llevar a cabo una mesa de diálogo y discusión para generar más conocimiento y conocer las distintas perspectivas para llegar a la unificación de una idea, el diplomado también se compone de sesiones académicas en donde se presenta un caso clínico con el enfoque del proyecto haciendo hincapié en el entorno de la personas y determinando cómo afecta cada determinante social abordada sobre el mismo. Durante todo el año se programan sesiones por promociones separadas así como algunas sesiones en conjunto para reforzar conocimientos. También como se mencionó anteriormente se llevan a cabo Encuentros de Pacientes con Enfermedades Crónicas y también se destinan sesiones para la preparación de estos eventos incluyendo el cronograma así como la logística de los mismos y posteriormente el balance de actividades realizadas en cada eventos junto con los resultados.

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

### **INTRODUCCIÓN**

El presente ensayo aborda la interacción que existe entre la transformación del paciente subordinado al paciente autónomo y el internet incluyendo las redes sociales abordando por ejemplo algunos conceptos clave como lo son los tipos de pacientes mencionados anteriormente, el modelo de atención implementado dentro del proyecto para atender a las personas con enfermedades crónicas, algunas herramientas como la toma de decisiones compartida que nos ayuda a empoderar al paciente y la visualización del panorama de las nuevas generaciones que en un tiempo no muy lejano podrán desarrollar alguna enfermedad crónica, ya que al estar más inmersos en las nuevas tecnologías, el internet y las redes sociales, sería una intervención factible para tiempo venideros en la atención médica.

### **OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

- Explicar el papel de la información de internet y las redes sociales acerca de los padecimientos crónicos en el proceso de transformación del paciente subordinado al paciente autónomo

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Definir que es un paciente subordinado
- Definir que es un paciente autónomo
- Demostrar la importancia de la facilidad con que se obtiene información de internet
- Explicar la atención médica tradicional y el nuevo modelo de atención médica

### **JUSTIFICACIÓN**

La importancia de tocar el tema de este punto de vista es para poder comprender cómo el internet funciona como una herramienta favorable así como desfavorable en pacientes que adolecen de una enfermedad crónica, tanto de las personas recién diagnosticadas así como de las personas con estas enfermedades de larga evolución, y de esta manera, comprender cómo en ciertos casos la información obtenida de internet por iniciativa propia de la persona facilita la implementación del modelo centrado en la persona con enfermedades crónicas así como conocer las desventajas de dicha información y poder hacer las intervenciones pertinentes para que esta herramienta se use solo de manera correcta mejorando la autonomía del paciente y por consiguiente poder externar las dudas adecuadas al médico y que a su vez este se vea obligado a mejorar su conocimiento y mejorando la comunicación médico-paciente.

## DESARROLLO

### Fundamentando los Conceptos principales

Como debería de iniciar en todos los casos un texto científico que trata de explicar un tema a una persona sin previo conocimiento del mismo, abordaremos los conceptos básicos que trataremos en este ensayo: Paciente subordinado y paciente autónomo. Empezando por el término “subordinado” según la Real Academia Española se dice de una persona que es dependiente de otra persona, adjuntando al término paciente podemos inferir que se trata de una persona que acude al médico y que su tratamiento depende totalmente de lo que él mismo le diga sin que la persona se detenga a pensar en otra cosa concerniente a ello. Por otro lado el término “autónomo”, según la misma entidad, se dice de una persona que trabaja por cuenta propia, es decir traducido al paciente, una persona que acude al médico por un tratamiento pero que no requiere que el mismo le dicte totalmente lo que tiene que hacer y toma ciertas decisiones por cuenta propia. Dándonos cuenta de esto podríamos pensar que un paciente subordinado sería ideal para llevar a cabo un tratamiento efectivo, pero la realidad es totalmente diferente, nos damos cuenta que un paciente autónomo lleva de una mejor manera su tratamiento y con un mejor apego de lo que podríamos pensar. En los apartados posteriores abordaremos otros conceptos y prácticas que nos ayudarán a entender mejor por qué pasa esto.

### Panorama Actual de la Atención Médica

La atención médica de la vieja escuela a la que estamos acostumbrados y a la cual fuimos sometidos a través de la enseñanza en nuestro tiempo universitario, hasta hace unos meses, yo creía que era el correcto y el más conveniente tanto para el paciente como para el médico, imaginando “el paciente va a hacer al pie de la letra lo que le diga por qué es lo mejor para él”, una idea simple pero que parece que puede funcionar, pero, ¿qué pasa? de pronto el paciente empieza a fallar en las metas y a no seguir su tratamiento y todo es su culpa porque no sigue las indicaciones. El autor Barr V. nos dice lo siguiente “la asistencia sanitaria ha tenido tradicionalmente poco éxito a la hora de abordar los factores sociales, ambientales y culturales que afectan a la salud”(1) esto quiere decir que no solo nos debemos centrar en la enfermedad y la persona, si no mirar alrededor y ver que sucede en su entorno y llegar a la verdadera causa del porque el paciente parece no mejorar cuando en realidad lo que pasa es que el paciente no puede mejorar por factores fuera de su control. Barr V también nos dice lo siguiente acerca del

nuevo modelo de atención de pacientes con enfermedades crónicas, “en el modelo de atención de cuidado crónicos los mejores resultados funcionales y clínicos para el manejo de enfermedades son el resultado de interacciones productivas entre pacientes informados y activados y el equipo de práctica preparado y proactivo de médicos y profesionales de la salud”(1), esto quiere decir esto es una relación de dos personas en la que ambos en sincronía de opiniones y panorama tienen que busca el bien del paciente, es decir, de una de las dos personas que en este caso es quien padece la enfermedad crónica, además aun más importante son los determinantes sociales que son todos aquellos factores que rodean a la persona y que son difícilmente modificable por estos pero que modifican totalmente a la persona en todos sus aspectos y forzando a la adaptación de esta.

**La Persona que Padece:** el paciente y la enfermedad como un solo ente

Esta es una parte fundamental de entender, no podemos separar a la persona de la enfermedad, no podemos hacer esta diferenciación porque sería físicamente imposible, sería como quitarle los pulmones a un paciente que tiene cáncer de estos y decirle que siga respirando como si nada mientras tratamos de curarlos, es decir algo que ni en sueños podría pasar o al menos no con la tecnología actual. La persona que vive con diabetes, con hipertensión, con obesidad es una persona que cambia por completo el yo que era, puesto que el yo sano quedó atrás al momento que desarrollo una de estas enfermedades, ocurre un cambio no solo físico, si no también psicológico, socioemocional y hasta espiritual, pasando por un periodo de incertidumbre, pisando tierra virgen, en su camino mientras conoce su enfermedad, algunas personas tienen antecedentes familiares y están informados de algún modo sobre la enfermedad y otros menos afortunados que no saben nada y se dan cuenta de las dificultades hasta que cursan con complicaciones.

### **La Tarea de Nosotros como Médicos**

Ahora entrando de lleno al que podemos hacer nosotros por los pacientes veremos algunos conceptos interesantes e importantes para poder hacer un cambio. Lo primero que abordaremos será el “Método Clínico Centrado en la Persona” y como su nombre lo dice veremos a la persona enferma y no solo a la enfermedad, Cuba M. S. nos dice “Este método clínico busca que los profesionales de la salud abordan cuatro componentes cuando se aproximan a las personas: abordar la dolencia, la salud y la enfermedad; aproximarse a la persona como un todo; llegar a un acuerdo común en base a la definición de problemas, objetivos y roles; y desarrollar la relación médico-paciente”(2), esta autora nos explica muy claramente cómo debemos llevar a cabo este método incluyendo todo dentro de la persona porque, pensándolo por un momento, una parte no puede representar un todo por donde lo veamos, una persona que no tiene dinero para su medicamento no puede ser juzgada como una persona que no cuida su salud, una persona que tiene que cuidar a 3 niños pequeños no puede ser juzgada como una persona desatendida de su enfermedad, sin embargo nuestro quehacer médico no nos deja ver más allá y muchas veces caemos en estos prejuicios y eso está mal por donde se vea.

Una herramienta que podemos y debemos utilizar, teniendo siempre cautela en cómo implementarlo, es la Toma de Decisiones Compartida (TDC), Elwyn G. nos explica “este

Modelo se basa en apoyar un proceso de deliberación y no entender que las decisiones deben estar influenciadas explorando y respetando "lo que más importa" a los pacientes como individuos”(3), claramente esta herramienta nos permite volver al paciente más partícipe de su tratamiento emparejando las metas del tratamiento con sus metas personales, volviendolo mas entrometido en las metas de su enfermedad mientras lo ayudamos a cumplir sus metas personales, pero la parte de la cautela viene cuando dichas metas se contraponen y este modelo se derrumba de algún modo, pero siempre hay maneras de rescatarlo, siempre debemos recordar en enfocar bien esta herramienta ya que puede ser un arma de doble filo. También es importante este fragmento de Elwyn G. “la TDC depende de tareas que ayuden a conferir agencia, donde agencia se refiere a la capacidad de los individuos para actuar de forma independiente y tomar sus propias decisiones libres. A través de 2 pasos: proporcionar información y ayudar a tomar la decisión”(3), ya que el fin del método es la agencia, que en otras palabras que el paciente pase de “preocuparse a ocuparse de su padecimiento” y teniendo en cuenta que el paciente tiene que estar informado y activado para poder tomar esta decisiones acerca de su tratamiento. Como se abordó en el primer subtema el término de paciente autónomo, es decir aquel paciente que puede tomar las mejores decisiones de acuerdo a su situación o posibilidades, o dicho de una manera más coloquial, “hacer lo mejor que se puede con lo que se tiene” esa debería ser nuestra meta final como médicos al atender a una persona con una enfermedad crónica, que el paciente sea autónomo, y que hasta en algunos casos desde mi experiencia identificar cuando no se le están indicando la dosis correcta o evitan tener cambios en su tratamiento por otro médico cuando realmente se encuentran en control.

#### Las Personas con Padecimiento Crónicos y el Papel del Internet

Este es un tema que no se abordó dentro del diplomado pero lo consideré especialmente importante y como punto principal de mi ensayo por algunas experiencias que tuve. Más de una vez me he percatado de la gran diferencia que existe cuando un persona acude por primera vez a una consulta con un preámbulo sobre la enfermedad crónica de la que está sospechando que padece y cuando no ocurre esto es totalmente distinto, y la manera en que ocurre esto principalmente es a través de internet cuando las personas toman la iniciativa mucho antes, siquiera, de pisar un consultorio. Esta facilidad con la que se obtiene información rápida y sencilla a través de esta herramienta llamada internet nos abre un panorama para poder mejorar el modelo de atención realizando una intervención que se encuentra en un punto entre la pequeña línea que existe entre la “Promoción de la Salud” y la “Prevención de Enfermedad”, a lo que denominare a partir de ahora como “Previsión Panorámica” haciendo referencia al punto en el que se encuentra la persona entre saber que no está realizando hábitos saludables empezando a desarrollar síntomas variados y no tener la certeza de haber desarrollado ya una enfermedad crónica. Este punto mencionado anteriormente en un punto muerto en donde el paciente se puede detener y observar todo el panorama de cuando era saludable y se visualiza cursando la enfermedad haciendo faible una intervención en esta inflexión facilitando aún más la información disponible en internet y aún más factible en las redes sociales que todos usamos, Torrente E. nos dice lo siguiente: “las redes sociales de pacientes (RSP)son espacios virtuales donde pacientes con condiciones similares se ponen en contacto y comparten

tratamientos y problemas de salud. Las RSP ofrecen a las personas con problemas específicos de salud la oportunidad de compartir experiencias, buscar, recibir y proveer información, consejos e incluso apoyo emocional online”(4), estas redes sociales podrían ser una gran punto de acercamiento para pacientes recién diagnosticados, también dice lo siguiente, “los pacientes encuentran en las RSP un lugar de reconocimiento puesto que actúan como iguales. Esto les lleva a aceptar más fácilmente la información provista por personas con las que se pueden identificar y que, además, pueden actuar como modelos a seguir”(4) es decir facilita mucho que la persona se familiarice con el padecimiento ya que el proceso de reconocimiento de iguales facilita la aceptación del mismo y de su tratamiento, como siguiente punto este autor nos dirige a nuestra meta principal como médicos de este modelo, dice lo siguiente “algunos autores apuntan que las RSP facilitan que el paciente aumente su autoestima y se sienta más “empoderado” por dos motivos: el paciente se siente mejor informado (con mayores conocimientos sobre su enfermedad) y percibe una mejora de su bienestar social (los pacientes se sienten menos solos y afirman haber aumentado sus contactos sociales)”(4) o sea que facilita transformar a la persona en un paciente autónomo.

Por último me gustaría terminar con esta cita que nos da Millaruelo Trillo J. M. acerca del internet “El otro es el uso de internet. Sería imposible siquiera enumerar la cantidad de recursos que ofrece a nivel informativo, desde las sociedades científicas, proveedores de servicios —fármacos y tecnología—, foros de pacientes, etc. En un concepto más amplio, las tecnologías de la información y de la comunicación nos muestran una enorme gama de posibilidades”(5), las nuevas tecnologías, el uso del internet y las redes sociales nos da la suficiente oportunidad para hacer algo significativo y nuevo, no solo transformar las clásicas campañas de salud del formato físico al formato digital, no solo promover servicios y vacunas en redes sociales, esto es algo muy pasivo realmente, debemos pensar más allá como realizar una red social exclusiva donde también sirva como base de datos y los paciente compartan sus progresos, la posibilidad de que los paciente se encuentren mediante su celular, incluso formar una aplicación de acopio de medicamentos en donde los paciente se puedan poner de acuerdo y donarse medicamentos que ya no ocupen, todo esto en la tecnología es terreno virgen que se puede cultivar y obtener buenos frutos de esto.

## CONCLUSIÓN

El propósito de este ensayo era demostrar la importación del internet y las redes sociales en el entrono de pacientes con enfermedades crónicas, me gustaría primero dar mi perspectiva, siempre desde que fui estudiante y veía cómo los médicos trataban a los paciente como si fueran ganado, veían uno tras otro como una cinta en un alinea de producción lo odiaba con todo mi ser, odiaba que los paciente fueran maltratados por situaciones fuera de su alcance, y seguir observando como nadie les tendía la mano más que unos cuantos estudiantes de medicina y posterior a eso ser regañados por tardar más de 15 minutos con el paciente, así de fea es la situación y siempre me dije “lo voy a hacer diferente”, ese fue mi punto de partida y trate de hacer lo mejor en mi camino dentro de mis posibilidades, y todo sigue así hasta que conocí este proyecto y su diplomado con incertidumbre pero para mi sorpresa e incredulidad su método era el cambio que necesitaba la atención médica, empleando este modelo se vuelve mucho más fácil todo, tanto para los médicos como para las personas atendidas, a costa del

tiempo y la productividad pero es un precio pequeño a pagar por mejorar la calidad de vida de las personas con padecimientos crónicos. Todos estos conceptos y herramientas abordadas durante el desarrollo del ensayo son la pieza clave del cambio, he visto ese cambio con mis propios ojos en las personas y también se nota esa calidad médica que ellas mismas esperan, el método clínico centrado en la persona como nuestro pilar de las acciones médicas, la toma de decisiones compartida como nuestra herramienta de comunicación con los pacientes, la transformación a un paciente autónomo como nuestra meta principal y el mejoramiento de la atención médico-paciente como estandarte son las bases de este modelo, aunado a esto el término de “previsión panorámica” que se me ocurrió de pronto nos da una nueva zona en donde realizar una intervención y las nueva perspectiva acerca del internet y las redes sociales nos dan la oportunidad de hacer algo diferente y mejor, en conclusion proyecto está siguiendo el camino correcto hacia el futuro éxito de la salud en México, y valdría la pena implementar una apartado en donde se aborda el panorama de las nuevas generaciones de paciente que desarrollaran una enfermedad crónica. Algunas de las propuestas que tendría en mente sería cambiar el enfoque de las campañas promocionales de salud en internet, en lugar de ser una pancarta promocional digital, pasar a algo más dinámico y atractivo como por ejemplo: “obsequiar un glucómetro al primer paciente que demuestre tener cifras de glucosa en control por 6 meses” o implementar alguna especie de app o videojuego para móvil que te recompense por alcanzar metas de promoción en salud como la dieta o ejercicio por mencionar algunos ejemplos.

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

### **INTRODUCCIÓN**

Es un hecho bien sabido por todo el gremio que se dedica a la atención de la salud que la actividad física y el ejercicio es una parte fundamental para el control de todos los padecimientos crónicos, esto debido a todos los efectos físicos que este produce y la sensación de bienestar general que provoca, pero también es un hecho que son muy pocas personas adultas que padecen alguna enfermedad crónica y que realizan actividad física. De acuerdo a las encuestas ENSANUT solo 1 tercera parte de la población hace ejercicio, siendo la mayor cantidad en los adolescente y la menor cantidad en adultos y adultos mayores, aunado a esto la base de datos de pacientes con enfermedades crónicas de la secretaría de salud nos indica que solo un 11% de los registrados tienen un Índice de Masa Corporal menor de 30 kg/m<sup>2</sup>. El presente trabajo se realizó con el fin de poder determinar y definir cuales son las principales razones, ya sea barreras o facilitadores, por las que las personas logran o no adherirse a las indicaciones de ejercicio, centrándonos principalmente en variables cualitativas que nos ayudarán a comprender mejor a la población y poder realizar acciones de intervención adecuadas para mejorar la calidad de vida.

### **OBJETIVO GENERAL**

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

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

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

### **JUSTIFICACIÓN**

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

Ya está ampliamente estudiado los beneficios de realizar ejercicio físico donde podemos resaltar la reducción de glucosa en sangre, disminución de la presión arterial, control de la resistencia a la insulina, mejor salud mental entre otros. Teniendo esto en mente estamos de acuerdo que la reducción del peso corporal está muy ligada a la aparición o el control de las enfermedades crónicas.

En la jurisdicción de Xochimilco. De aproximadamente 600 pacientes que acuden a consulta de manera constante sólo un 11% tienen un índice de masa corporal por debajo de 30 kg/m<sup>2</sup> (Sistema de Información en Enfermedades Crónicas).

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

Una de las principales causas de la ineficacia de los planes de entrenamiento para los adultos mayores es su poco apego a estos. Son muchos los factores que pueden estar ligados a la poca

adherencia al ejercicio físico siendo algunos de estos la edad, antecedente de artrosis, la motivación para realizarlo, los espacios para realizar ejercicio, por mencionar algunos.

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

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

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

¿Qué problema ocurre?

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

¿Dónde ocurre?

En los centros de salud de la jurisdicción de Xochimilco

A quien le ocurre?

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

¿Cómo ocurre?

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

## **PREGUNTA**

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

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

### **PALABRAS CLAVE**

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

Adultos	Adults
Enfermedades crónicas no transmisibles	Chronic non-communicable diseases
Barreras	Barriers

Motivación	Motivation
Ejercicio	Exercise
Actividad Física	Physical Activity
Factores	Factors
Percepción	Perception
Adherencia	Patient Compliance, Therapeutic adherence and compliance
Diabetes	Diabetes
Hipertensión	Hypertension
Obesidad	Obesity

### TIPOS DE REPORTES DE INVESTIGACIÓN A RECUPERAR

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

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

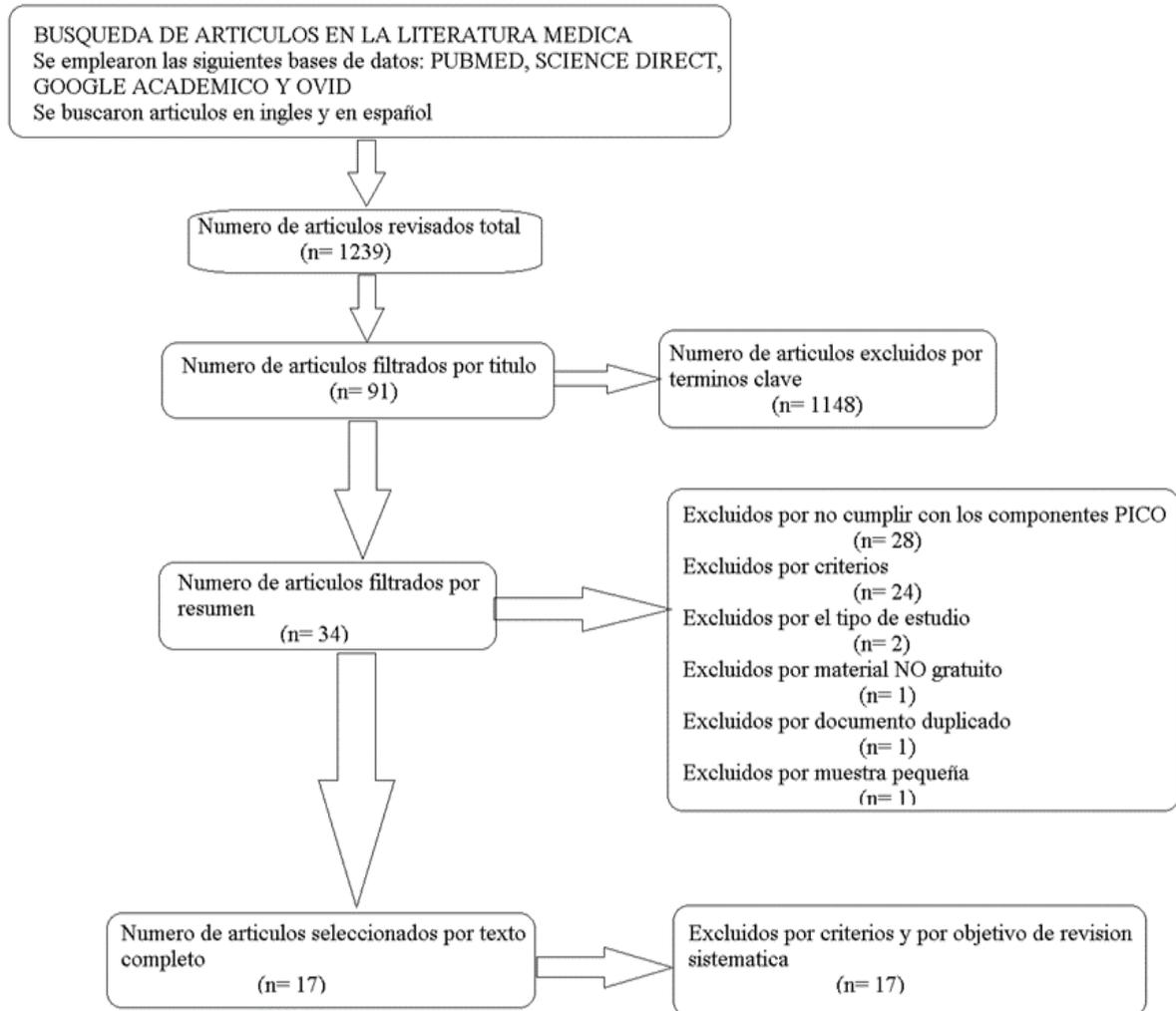
- Población de personas adultas mayores de 40 años
- Con diagnóstico de 1 o más enfermedades crónicas no transmisibles
- Artículos tipo revisión sistemática, ensayos clínicos aleatorizados e investigación cualitativa
- Resultados enfocados a la adherencia a la actividad física
- Artículos en idioma inglés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

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

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

## EJECUCIÓN

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



## SÍNTESIS DE DATOS

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

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

En el estudio Forechi L. et. al. en donde se analizó una base de datos de un estudio acerca de las determinantes de las enfermedades crónicas que incluyen dislipidemia, hipertensión y diabetes llamado ELSA brasil, se seleccionaron 14,521 participantes, se analizaron 4 variables: características demográficas, condiciones socioeconómicas, estado de salud percibido y acceso para realizar actividad física en el barrio de residencia, que a su vez contaban con subcategorías, analizando estas variables se encontró que las características demográficas tenían escasa o nula influencia en la adherencia a la actividad física, en cuanto al nivel socioeconómico las subcategorías de nivel de estudios e ingreso económico estaba relacionado con una mayor adherencia, por el lado del estado de salud percibido las personas que tienen una autopercepción mala de su salud, los problemas articulares y un nivel de masa corporal alto se definieron como barreras importantes, y para finalizar el acceso a instalaciones adecuadas se mostró como un motivador para realizar actividad física.(2)

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

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

Dentro de la revisión sistemática que presenta Ige-Elegbede, J., et. al. en donde se analizaron un número total de 10 artículos con enfoque en grupos minoritario étnicos de adultos mayores de 50 años aborda 6 categorías potenciales como barreras y facilitadores, a pesar de no

mencionar de manera explícita que padezcan algún enfermedad hacen alusión a que padecen algún tipo de padecimiento crónico: la primer categoría denominada “conciencia de los vínculos entre actividad física y la salud” en donde se explicaba distintas razones siendo la que más coincide como facilitador la pérdida de peso sobre todo en pacientes que tienen la conciencia de los beneficios, en el apartado de “religión y fatalismo religioso” fue identificado tanto como barrera así como facilitador de acuerdo al enfoque de la religión que se hable, la categoría “interacción y compromiso con los profesionales de la salud” se expresó como una barrera para la actividad física ya que se especifica que en muchas ocasiones dan información ambigua o confusa acerca de cómo llevarla a cabo, la siguiente categoría “expectativas culturales y responsabilidades sociales” se explicó como una barrera ya que muchas mujeres eran percibidas como desatendidas de los deberes familiares al realizar ejercicio y culturalmente no propio, “desafíos prácticos” en este punto se identificó como barrera la falta de tiempo por responsabilidades laborales y hogareñas y en el último apartado de “ambiente adecuado para la actividad física” se identificó como barrera la falta de espacios culturalmente adecuados para la actividad física.(5)

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

De acuerdo con los resultados expuestos por Collado-Mateo D. et. al. En su revisión sistemática son 14 los factores importantes que interaccionan con la adherencia al ejercicio. De acuerdo con el diseño de la intervención del ejercicio donde sería importante personalización de las actividades para que los participantes tengan una mejor adherencia al ejercicio físico, así como también el programa debe tener un buen sustento científico, generando más confianza a los participantes. El otro punto importante relacionado con el diseño de la intervención es su duración, si se mantiene el mismo programa de ejercicio por un tiempo prolongado, sería más común que los participantes abandonen por la falta de variedad en el programa de ejercicio. En este sentido, el individualizar el ejercicio en términos de intensidad, duración, frecuencia e intereses y como respuesta a las demandas fisiológicas de los participantes, siendo importante para la adherencia al programa. En cuanto a la duración de la intervención, se observó que las intervenciones largas tenían una menor adherencia, se deben crear estrategias para escapar de la rutina y evitar intervenciones aburridas. Además de que si las sesiones están muy espaciadas por ejemplo una sesión a la semana hay menor adherencia al programa de ejercicio porque genera dudas en cuanto a la eficacia del programa, un contacto menos frecuente con el personal o sentirse insatisfechos con la frecuencia del ejercicio. (7,8,16,17) Algo importante para el diseño de las intervenciones es el asesoramiento con un equipo multidisciplinario para

reforzar la adherencia de los participantes, pero hay que tener la cuenta que puede aumentar el costo del programa que no puede ser accesible para los participantes de bajos recursos o muchos usuarios son renuentes en gastar mucho dinero en este tipo de cosas. Dentro de este asesoramiento se debe incluir la supervisión de los participantes al momento de realizar los ejercicios del programa, apoyando a los participantes en mejorar la calidad de la ejecución de los ejercicios y disminuyendo el riesgo de lesiones (7,16).

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

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

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

Dentro de los aspectos más importantes para la adherencia al ejercicio físico es importante que el participante del programa de ejercicio disfrute de hacerlo, si las recompensas son inmediatas puede generar que el participante persista en realizar el ejercicio trayendo consigo beneficios a largo plazo, como en las etapas de cambio, el objetivo del plan de entrenamiento es llegar a la acción y generar su mantenimiento (7,11). Para que los participantes disfruten una actividad deben satisfacerse las necesidades psicológicas básicas de competencia, relación y autonomía. Por lo tanto, una valoración de personalidad es necesaria para conocer cómo interpretan los participantes las consecuencias propias del ejercicio, por ejemplo, el aumento de la frecuencia cardíaca al momento de caminar o el dolor en las articulaciones al aumentar la intensidad del ejercicio puede generar una sensación desagradable o no (7,12,14). Además del aspecto fisiológico, hay que tomar en cuenta como reacciones emocionalmente al programa de entrenamiento, refiriéndose por ejemplo a la sensación de vergüenza que puede sentir un paciente obeso por su apariencia al hacer ejercicio.

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

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

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

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

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

El que los participantes estén involucrados en el programa de ejercicio con un papel activo aumenta su adherencia al ejercicio. El empoderar a los participantes con herramientas

necesarias para continuar haciendo ejercicio a largo plazo aún concluido el programa de entrenamiento debe de ser un factor que deberían de tomar en cuenta las futuras investigaciones (7).

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

## RECOMENDACIONES

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

Recomendación	El equipo de trabajo recomienda fortalecer la instauración de actividad física y ejercicio en mujeres adultas con enfermedades crónicas teniendo un seguimiento más estricto en este apartado del tratamiento integral.
Justificación	Se observó que dentro de los estudios realizados en donde se hacía la distinción por sexo, el grupo de mujeres mostró una mayor riesgo de no seguir las indicaciones sobre la actividad física y el ejercicio en comparación con los hombres y en consecuencia disminución del apego a esta medida de tratamiento para las enfermedades crónicas.
Consideración de Subgrupos	Esta recomendación puede no ser apta especialmente en grupos étnicos minoritarios en quienes los aspectos culturales se identifican como una gran barrera para la adherencia a la actividad física y en grupos religiosos que tengan opiniones negativas sobre la actividad física en mujeres.
Consideraciones de implementación	Algunas personas parte del personal de salud podrían ver inadecuado hacer mayor énfasis en la atención de actividad física en mujeres. Posiblemente hacer una sensibilización verbal acerca de este problema mejore las dificultades en la implementación.
Monitorización y evaluación	Tener un seguimiento más estrecho sobre el sexo femenino e insistir en preguntar sobre el progreso en la actividad física en cada consulta.
Prioridades para la investigación	Realizar investigación sobre actividad física con enfoque en la división sexual.

RECOMENDACIÓN

Balance de Consecuencias	Las consecuencias indeseables superan claramente las consecuencias deseadas en la mayoría de escenarios	Las consecuencias indeseables probablemente superen las consecuencias deseadas en la mayoría de los escenarios	El balance entre consecuencias deseadas e indeseables está equilibrado	Las consecuencias deseables probablemente superen las consecuencias indeseables en la mayoría de los escenarios	Las consecuencias deseables superan claramente las consecuencias indeseables en la mayoría de los escenarios
	X				
Tipo de Recomendación	Recomendamos NO ofrecer esta opción	Sugerimos NO ofrecer esta opción	Sugerimos ofrecer esta opción	Recomendamos ofrecer esta opción	
	X				
Recomendación	El equipo de trabajo recomienda indicar la actividad física por los menos 150 minutos por semana sin incluir un plan de ejercicio personalizado con consideraciones específicas para las características de cada persona.				
Justificación	Se mostró en un artículo que la actividad física que incluía la presencia de un preparador físico dentro de la actividad física que además considere las limitaciones de cada persona mejoró la satisfacción de la actividad y la adherencia al mismo. Por otro lado en otro artículo se encontró que una recomendación de actividad física por un médico de manera sencilla sin explicar los beneficios y la manera de hacerlo disminuye considerablemente el apego a esta medida no farmacológica para el control de enfermedades crónicas.				
Consideración de Subgrupos	Se debe considerar que un grupo de personas que además de padecer alguna enfermedad crónica cursan con algún tipo de dolor articular o muscular puede dificultar la implementación de esta medida ya que cuentan con una barrera fuerte para disminuir el apego.				

Consideraciones de implementación	Es ideal e iterativo la implementación de personal de salud especializado en preparación y acondicionamiento físico con el fin de ofrecer planes de ejercicios personalizados y mejoramiento al igual que disfrute del ejercicio, la principal limitante en el presupuesto dirigido por el sistema nacional de salud para este ámbito.
Monitorización y evaluación	Dar seguimiento consecutivo acerca de los progresos con el plan de entrenamiento personalizado al igual que la posibilidad de acordar sesiones de ejercicio en cada centro de salud para valorar objetivamente el progreso por lo menos una vez al mes.
Prioridades para la investigación	Enfatizar en este aspecto mediante estudios de cohorte prospectivos para la valoración de esta intervención a lo largo del tiempo.

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

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

## RECOMENDACIÓN

Balance de Consecuencias	Las consecuencias indeseables superan claramente las consecuencias deseadas en la mayoría de escenarios	Las consecuencias indeseables probablemente superen las consecuencias deseadas en la mayoría de los escenarios	El balance entre consecuencias deseadas e indeseables está equilibrado	Las consecuencias deseables probablemente superen las consecuencias indeseables en la mayoría de los escenarios	Las consecuencias deseables superan claramente las consecuencias indeseables en la mayoría de los escenarios
	x				
Tipo de Recomendación	Recomendamos NO ofrecer esta opción	Sugerimos NO ofrecer esta opción	Sugerimos ofrecer esta opción	Recomendamos ofrecer esta opción	
	x				
Recomendación	El equipo de trabajo recomienda basar el programa de entrenamiento físico usando como parámetro objetivo la pérdida de peso de manera exclusiva.				
Justificación	El uso de la variable pérdida de peso como medidas para valorar la eficacia del plan de entrenamiento está relacionado con aumento en la frustración por parte de los participantes y en una disminución en la adherencia al ejercicio físico.				
Consideración de Subgrupos	Se debe considerar en los adultos mayores variables relacionadas con la autoeficacia de sus actividades cotidianas, recalando la mejora en actividades que antes realizaban con dificultad por ejemplo subir escaleras, negociando metas con el equipo responsable del programa de entrenamiento.				
Consideraciones de implementación	El programa de entrenamiento físico debe incluir ejercicios graduados para que los participantes vayan adaptándose y adquiriendo mejor condición, este es realmente importante en aquellos pacientes con trastornos musculoesqueléticos que son limitados por el dolor.				
Monitorización y	Las metas que se establezcan deben de ser medibles, específicas, realistas, programadas y que puedan ser valorables a lo largo de la intervención.				

evaluación	
Prioridades para la investigación	Estudios de intervención cuantitativa y cualitativa acerca de las actividades que más impacten en su vida cotidiana y generan un sentido de autoeficacia.

## CONCLUSIÓN

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

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

En las siguientes tablas presentadas se encontrará el balance de pacientes atendidos con base en los registros realizados en la plataforma RedCap.

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

Tabla No. 1.1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023  
Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

<b>Momento de Ingreso</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Ingreso anterior a Agosto de 2022	0	0
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2022	46	100
Recuperados a partir de agosto 2022	0	0
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 1.2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2022 – julio 2023  
Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

<b>Condición de participación</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Activas	19	41.3
No activas	27	58.7

<b>Total</b>	46	100
--------------	----	-----

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 1.3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	10	37
Cambio de institución que le atiende	0	0
Cambio de domicilio (no se sabe si continua su atención)	4	14.8
Falleció	1	3.7
Otro motivo	0	0
Se ignora	12	44.4
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

## 2. Información demográfica

Tabla No. 2.1

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo  
Periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a sexo  
Centro Salud T-II San Mateo Xalapa

Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Sexo	No	%
Femenino	31	67.4
Masculino	15	32.6
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 2.2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad  
Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Edad	No	%
20-29 años	1	2.17
30-39 años	2	4.34
40-49 años	6	13.04
50-59 años	19	41.30
60-69 años	12	26.08
70-79 años	2	4.34
80 y más años	4	8.69
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 2.3

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad y sexo  
Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Eda	Sexo	Femenino	Masculino	Total
-----	------	----------	-----------	-------

<b>d</b>		No	%	No	%	No	%
20-29 años		1	3.22	0	0	1	2.17
30-39 años		2	6.45	0	0	2	4.34
40-49 años		2	6.45	4	26.66	6	13.04
50-59 años		14	45.16	5	33.33	19	41.30
60-69 años		8	25.80	4	26.66	12	26.08
70-79 años		1	3.22	1	6.66	2	4.34
80 y más años		3	9.67	1	6.66	4	8.69
<b>Total</b>		<b>31</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

### 3.- Diagnóstico y Seguimiento

Tabla No. 3.1

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad  
 Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
 Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

No de consultas	No de pacientes	%
-----------------	-----------------	---

1	9	19.56
2	6	13.04
3	8	17.39
4	5	10.86
5	9	19.56
6	3	6.52
7	2	4.34
8	2	4.34
9	2	4.34
10	0	0
11	0	0
12 y más	0	0
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 3.2  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo  
 agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad  
 Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
 Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0

Hipertensión arterial	6	13.04
Diabetes Mellitus 2	16	34.78
Dislipidemia	0	0
Obesidad e Hipertensión	2	4.34
Obesidad y Diabetes	4	8.69
Obesidad y Dislipidemia	1	2.17
Diabetes e Hipertensión	7	15.21
Obesidad, Hipertensión y Diabetes	2	4.34
Hipertensión, Diabetes y Dislipidemia	4	8.69
Obesidad, Hipertensión, Diabetes y Dislipidemia	4	8.69
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 3.3  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo  
 Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
 Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Edad	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%

Sobrepeso y obesidad	0	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial	4	12.90	2	13.33	6	13.04	
Diabetes Mellitus tipo 2	10	32.25	6	40	16	34.78	
Dislipidemia	0	0	0	0	0	0	
Obesidad e hipertensión	1	3.22	1	6.66	2	4.34	
Obesidad y diabetes	4	12.90	0	0	4	8.69	
Obesidad y dislipidemia	1	3.22	0	0	1	2.17	
Diabetes e hipertensión	6	19.35	1	6.66	7	15.21	
Obesidad, hipertensión y diabetes	1	3.22	1	6.66	2	4.34	
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	9.67	1	6.66	4	8.69	
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	3.22	3	20	4	8.69	
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 3.3

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad  
 Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
 Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Edad	Personas con	%
------	--------------	---

	<b>diagnóstico de sobrepeso y obesidad</b>	
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	0	0
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	0	0

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 3.4  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo  
 agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión  
 Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
 Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de hipertensión</b>	<b>%</b>
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	2	33.33
60-69 años	2	33.33
70-79 años	1	16.66
80 y más años	1	16.66
<b>Total</b>	6	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 3.5  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo

agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2  
 Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
 Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2	%
20-29 años	1	6.25
30-39 años	2	12.5
40-49 años	3	18.75
50-59 años	7	43.75
60-69 años	1	6.25
70-79 años	0	0
80 y más años	2	12.5
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 3.5  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo  
 agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia  
 Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
 Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de dislipidemia	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	0	0
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 3.6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial  
Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 3.7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2  
Centro Salud T-II San Mateo Xalapa  
Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 3.8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia

Centro Salud T-II San Mateo Xalpa  
Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo  
 agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e  
 hipertensión arterial  
 Centro Salud T-II San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión</b>	<b>%</b>
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	1	14.28
60-69 años	4	57.14
70-79 años	1	14.28
80 y más años	1	14.28
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 3.10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo  
 agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial  
 y diabetes mellitus tipo 2  
 Centro Salud T-II San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 3.10  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo

agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus  
tipo 2 y dislipidemia

Centro Salud T-II San Mateo Xalpa  
Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia</b>	<b>%</b>
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	25
50-59 años	2	50
60-69 años	1	25
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 3.11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia  
Centro Salud T-II San Mateo Xalpa  
Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de obesidad, hipertension, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia</b>	<b>%</b>
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	25
50-59 años	2	50
60-69 años	1	25
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

#### 4.- Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 4.1

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glucemia capilar o venosa

Periodo agosto 2022 – julio 2023  
 Centro Salud T-II San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Parámetros de	Glucemia capilar		Glucemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	16	72	10	66	26	73
Fuera de control	6	27	5	33	11	29
<b>Total</b>	22	100	15	100	37	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 4.2

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada  
 Periodo agosto 2022 – julio 2023  
 Centro Salud T-II San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Parámetro de	No	%
Control	12	52.2
Fuera de control	11	47.8
<b>Total</b>	23	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 4.3

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control  
 Periodo agosto 2022 – julio 2023  
 Centro Salud T-II San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Parámetro de	No	%
Control	18	72
Fuera de control	7	28
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 4.4  
Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico  
Periodo agosto 2022 – julio 2023  
Centro Salud T-II San Mateo Xalpa  
Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Parámetro de	No	%
Control	12	70.6
Fuera de control	5	29.4
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 4.5  
Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos  
Periodo agosto 2022 – julio 2023  
Centro Salud T-II San Mateo Xalpa

## Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

Parámetro de	No	%
Control	7	41.2
Fuera de control	10	58.8
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

### Acción Comunitaria

#### Concepto y modelos de la promoción de la salud

El concepto de promoción de la salud es bastante amplio y actualmente muchas personas lo confunden con prevención de la salud e incluso los usan de manera indistinta. La promoción de la salud se define como las acciones llevadas a cabo para que las personas puedan ser capacitadas, entiendan y comprendan y de esta manera puedan aumentar su salud o mejorarla, es decir, que las personas tomen acciones en cuanto a su vida cotidiana para poder generar salud con bases en las herramientas que tiene disponibles. Para lograr este cometido la promoción de la salud tiene distintas líneas de acción en donde se puede incidir hacia las personas. Una de las líneas son las políticas públicas, debido a que el sector sanitario no puede hacerse responsable de todo lo relacionado a la salud otros órganos gubernamentales pueden actuar con base en leyes y legislaciones situaciones de equidad y situaciones que favorezcan un entorno saludable. La siguiente línea de acción son los entornos de apoyo ya que como seres sociales y dependemos de los demás para sobrevivir, en este aspecto se trata de generar ambientes favorables para las personas y que estas mismas se encarguen de cuidarlos y del mismo modo de forjar ambiente de diálogo e intercambio de ideas entre los integrantes de la misma comunidad. El siguiente punto es la acción comunitaria que significa nada más y nada menos que la fuerza que tiene un grupo de acuerdo a la cantidad, un grupo más grande es un grupo más fuerte y de esta manera pueden las comunidades forzar al cambio o protección de su entorno para que se vuelva favorable para ellos. Desarrollar habilidades personales también es una acción e implica una parte muy importante que incluye enseñar y capacitar a las personas, volverlas autónomas y empoderarse para modificar su entorno, esta es una parte fundamental ya que es la línea de entrada para los demás puntos mencionados. Por último la reorientación de los servicios sanitarios es una línea de acción que implica cambiar el esquema conocido hasta ahora de atender enfermedades y pasar de este punto a pensar en cómo generar más salud en la comunidad esto con el fin de que las personas recurran a las unidades de salud por información en lugar de acudir por medicamentos. a continuación se muestran los modelos de promoción de la salud que se han ido modificando a lo largo de los años e incluso algunos hoy siguen vigentes:

Experiencia/ Modelo	Descripción/ Características	Finalidad/ Ejemplos
<b>Modelos clásicos de salud pública</b>	Preventivo en salud, Leavell y Clark 1958; territorios de salud, La Framboise 1973; campo de salud, Lalonde 1974; salutogénico, Antonovsky 1979; transteórico del cambio, Prochaska 1979; ecológico de salud, Hancock 1984 y McLeroy 1988; triesférico de promoción, Tannahill 1990; alianzas promotoras de salud, Gillies 1995 (21).	Modelos de PS (21).
<b>Movimiento global de PS (MGPS)</b>	Incluye educación para la salud centrada en los estilos de vida. Basado en 5 pilares de la Carta de Ottawa.	Se ha universalizado, generar habilidades personales y empoderamiento comunitario.
<b>Modelo contrahegemónico de PS</b>	Concibe la salud como derecho social; movimiento basado en la determinación social, la educación popular, en los movimientos sociales. Base: la salud colectiva/ medicina social.	Basado en la perspectiva del materialismo histórico y de las teorías críticas posmarxistas
<b>Modelo basado en activos</b>	Mediante la metodología del mapeo de activos de la salud comunitaria de Kretzmann y McKnight (1993), se identifican los recursos generales de resistencia (GRRs de la teoría salutogénica) representados por las condiciones sociodemográficas y los determinantes sociales de salud (DSS) en el modelo de activos para la salud de Morgan y Ziglio (MAS.2007). En el contexto colombiano existen buenas prácticas del modelo de activos (58).	Modelo salutogénico basado en un enfoque de salud positiva. La incorporación del modelo de activos para la salud en PS, refuerza aspectos relacionados con la equidad, los DSS, la intersectorialidad y la participación (33).
<b>Modelo salutogénico</b>	Sentido de coherencia, y sus componentes la significatividad, la comprensibilidad y la manejabilidad.	Enfoque positivo de la salud (59).
<b>Modelo de salud comunitaria</b>	Modelo enfocado en la salud pública y atención primaria, y las entidades locales y ciudadanas, para que sean formales y eficientes, y aprender a trabajar en ellas. Utiliza la evaluación de las actividades comunitarias y la práctica.	Conviene esto de recuperar la idea de participación comunitaria y los enfoques organizativos de los consejos de salud (32).
<b>Enfoque de educación popular</b>	Carácter participativo, reflexivo, dialógico, permitiendo a la comunidad involucrarse.	Cambio en situación de salud gracias a la capacitación y participación informada de la comunidad.
<b>Modelo costarricense de rectoría de PS</b>	Trabaja desde la perspectiva de las necesidades y los derechos humanos.	Enfoque institucionalista.

Experiencia/ Modelo	Descripción/ Características	Finalidad/ Ejemplos
<b>El modelo de APS (34)</b>	APS: continuidad de la información, integralidad de servicios, continuidad de la gestión, accesibilidad (primer contacto), calidad técnica, atención clínica, comunicación interpersonal, respeto, relación continua, sensibilidad cultural, atención centrada en la familia, atención integral de la persona, abogacía, equidad y orientación a la población (34).	La estrategia de PS y prevención de la enfermedad, vista como una oportunidad buena para desarrollar APS.
<b>Centros colaboradores de OMS/OPS en el ámbito de la PS</b>	Las universidades (investigación, capacitación y la práctica de la PS), en áreas específicas como PS escolar, evaluación de la efectividad en PS, ciudades saludables, formación de recursos humanos en PS.	Han servido a la consolidación de redes profesionales y académicas e incentivar la práctica de la PS, desarrollo de experiencias
<b>El Proyecto de Universidades Promotoras de Salud</b>	Está basado en la participación comunitaria del personal universitario, con el fin de mejorar las condiciones de salud, calidad de vida y bienestar de la comunidad universitaria.	Las universidades son escenarios idóneos para implementar estrategias/ mejorar estilos de vida en el campus.
<b>Modelos ecológicos</b>	Fundamentado en diferentes niveles de intervención, teniendo en cuenta las características de persona, ámbito relacional, de la familia, comunidad y macroambiente. Perspectiva contextual evolutiva, basada la concepción sistémica del ciclo vital humano, historia familiar-social y contexto sociocultural (5).	Modelo ecológico, para prevención de la violencia: pretende aplicar intervenciones en salud pública para la disminución de comportamientos de riesgo, para prevención de la violencia
<b>Modelos de psicología positiva</b>	Modelos de tipo ecológico, cognitivo, cognitivo/conductual, demandas y recursos laborales de Bakker y Demerouti, demanda y control de Karasek, sistémicos, derrame, expectativas de Vroom e integración de atención de salud.	Fortalecen repertorios conductuales del individuo y los reaprendizajes, estrategias/ afrontamiento. Promueve el bienestar y cómo conducir el estrés.
<b>Los modelos cognitivos y cognitivo-sociales</b>	El modelo de creencias en salud, la teoría de la motivación a la protección, los modelos de acción razonada y acción planeada y la teoría de la autoeficacia de Bandura (31).	Útil para la implementación y la elaboración de proyectos e intervenciones comunitarias en PS.
<b>Modelo basado en el "cuidado de sí"</b>	"Es la actitud que se tiene frente a la vida y la posición que, como sujetos, asumimos frente a ella, frente a nuestros procesos vitales y la capacidad de respuesta personal y política con respecto a la propia salud, la enfermedad y la muerte" (35). Sigue la interpretación foucaultiana del "cuidado de sí".	Concepto que desde la perspectiva ética lleva al autocuidado y al cuidado de los otros, necesarios para el mantenimiento de la salud.

Fuente: Alvaro Franco-Giraldo, Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa, 2021

El concepto mencionado anteriormente es prácticamente un pilar fundamental del proyecto de atención integral centrada en la persona con enfermedades crónicas ya que se aplica este concepto de manera casi natural a su objetivo. Dentro de todo este proyecto y modelo de atención siempre se ha mencionado la importancia de generar personas empoderadas y autónomas y de vale de la promoción de la salud para llegar a este fin, todas la acciones realizadas, todas las decisiones tomadas desembocan en esto que hasta el momento ha dado resultados y se nota en las personas que cada vez tiene más interés por su salud y se vuelven más proactivas en su cuidado. sin este concepto de promoción a la salud el proyecto no hubiera existido como lo conocemos hoy.

## Encuentros de Salud

Los encuentros de salud son la vía a través de la cual el MAICP instrumenta las líneas de acción de la promoción de la salud referidas a la construcción de entornos saludables, el desarrollo de capacidades individuales y, especialmente, el fortalecimiento de la acción comunitaria Durante el periodo en que fui pasante se suscitaron 2 encuentros de pacientes que serán mencionados en los siguientes párrafos.

- 4to Encuentro de personas: Un recetario Saludable

Este tema se dio porque en encuentros previos muchas personas tenían la inquietud en cuanto a su alimentación ya que mencionan que es una parte fundamental de su cuidado y que tener una herramienta como un recetario saludable y más aún con contenido hecho por las mismas personas es muy benéfico, a pesar de no resolver el problema en su totalidad es algo que fortalecerá tanto el aspecto alimentario como el fortalecimiento de las comunidades y un sentido de pertenencia cultural.

Este encuentro se organizó en un total de 4 sesiones en donde se nos instruyó en cuanto al trato con las personas, que temas iban a ser tocados, como formar una mesa de discusión, algunas dinámicas para amenizar a las personas, estrategias para mejorar la participación, como dirigir grupos entre muchas otras cosas. También se organizaron los sitios, el número de asistentes previstos, la repartición de los médicos pasantes y el rol de cada uno como relator o coordinador del grupo asignado.

En el cuarto encuentro me tocó participar en el Teatro Carlos Pellicer ubicado en la alcaldía Xochimilco, se me asignó el rol de coordinador así como el tema de “Dichos y Refranes de la alimentación”. Durante los grupos de discusión todos se dieron de manera muy fluida ya que las personas tenían cierta experiencia con este tipo de evento lo que facilitó mucho mi desempeño, además de ser una tema fácil de abordar para las personas. A continuación se anexa la relatoría obtenida del grupo de trabajo.

<b>Jurisdicción Sanitaria:</b>	<b>Coordinador(a):</b> Roberto Magdaleno	<b>Página:</b> 1 de: 11
	<b>Relator(a):</b> Karina Jiménez	
Xochimilco	<b>Taller:</b> 5 “Dichos y refranes para promover elecciones saludables para la alimentación”	<b>Fecha:</b> 17/11/2022

### 1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
1 Patricia	F	63	Tulyehualco
2 Claudia	F	71	Tulyeahualco
3 Guadalupe	F	73	Tulyeahualco
4 Rosario	F	53	Tulyeahualco
5 Gregorio	M	75	Tulyeahualco
6 Ana	F	53	Xochimilco
7 María Reyna	F	49	San Mateo Xalpa

8 María de los Ángeles	F	57	Xochimilco
9 Leonardo	F	19	Estudiante QFC UAM

## 2. Datos del taller

<b>Objetivo del taller:</b>	
Utilizar los refranes mencionados y agregar los que aprueben al recetario	
<b>Hora de inicio:</b> 11:50	<b>Hora de finalización:</b> 13:00

## 3. Agenda de la sesión:

Horario de inicio	Actividad
11:50	<p><b>Bienvenida:</b></p> <p>El coordinador (Roberto) y la relatora (Karina) se presentaron con los pacientes explicando la función de cada uno. Roberto explicó a los pacientes de lo que se trataba el taller mencionando que cada refrán compartido se tomaría en cuenta para el recetario y entre todos decidirán si agregarlos motivaría a tener una alimentación saludable</p> <p>Los pacientes se presentaron con su nombre, centros de salud y la razón por la que decidieron asistir.</p> <p style="text-align: right;">Patricia: “me interesa mi salud y aprender”</p>

		<p>Claudia: “me interesa mi salud”</p> <p>Guadalupe: “necesito estar bien de mi salud”</p> <p>Rosario: “me interesa saber más para cuidar mi salud”</p> <p>Gregorio: “quiero cuidar mi alimentación”</p> <p>Maria Reyna: “primera vez que vengo porque quiero cuidar de mi salud”</p> <p>María de los Ángeles: “no sabía de qué se trataba pero está interesante</p> <p>Leonardo: Estudiante de UAM Xoc.: “me invitó el Dr. Víctor y estoy buscando una forma de ayudar a las personas”</p> <p><b>Encuadre:</b></p> <p>El coordinador les explicó a los pacientes que el taller trata sobre decir un dicho, refrán o frase e interpretar su significado. Si estos dichos o refranes nos pueden ayudar a llevar una alimentación saludable y que los mismos pacientes eligen si se debe agregar al recetario o no. Esto con el objetivo de hacerlo más ameno.</p> <p>Se les explicaron las reglas, las cuales son: no interrumpir, no juzgar, se puede estar en desacuerdo y como grupo llegar a un acuerdo mutuo, no dar consejos, no interpretar lo que dicen las personas y recalando que todo lo que se diga en el círculo ahí se queda</p> <p>Cierre: El taller concluyó con el coordinador recalando que los dichos y refranes mencionados se iban a colocar en el recetario, así como lo importante que fueron sus aportaciones</p>
--	--	---

#### 4. 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”)*

Después de la bienvenida y la explicación de lo que se trata el taller, así como las reglas, comenzaron los pacientes con los refranes

La Sra. Ángeles dijo el primer refrán

**1. “No solo de pan vive el hombre”**

Mencionó que se debe ubicar que no solo es pan, son vegetales, carnes y más. “Aunque se yo no puedo tomar café sin pan”

Todos los pacientes mencionaron que sí lo han escuchado

La Sra. Ángeles recalcó que “es un dicho de la iglesia” pero que podría interpretarse para estos casos.

La Sra. Claudia comentó “hay mucha gente que no puede dejar el pan cuando desayuna, siempre hay pan o galletas”

Sra. Paty: “Hay que acordarse que el pan está hecho de trigo y está dentro de la alimentación, entonces siento que sí puede quedar por estar hecho de un cereal de trigo”

Todos los pacientes estuvieron de acuerdo en que sí nos ayuda a llevar alimentación saludable y que se debería agregar al recetario

La Sra. Paty agregó el siguiente refrán

**2. “El pez muere por su propia boca”**

Sra. Paty: “si una persona tiene obesidad es su culpa, porque por la boca entra todo”

Todos estuvieron de acuerdo de que es un buen refrán y se debería agregar al recetario.

La Sra. Reyna continuó con el siguiente refrán

**3. “El que corre mucho nunca adelgaza”**

El significado que le dio fue “hay que alimentarse bien, pero hay personas que no dejan el pan y lo que no es saludable, aunque hagamos ejercicio seguimos así”

Sra. Ángeles: “a veces decimos después de una hora de ejercicio vámonos a los tacos”

El significado de la Sra. Claudia fue: “así haga mucho ejercicio y si llega a atascarse nunca va a adelgazar”

Sra. Paty: “es por eso que estas pláticas se refieren a la alimentación para ir midiendo nuestro alimento y calorías que se deben consumir al día. No es solo correr si no llevas una alimentación adecuada”

El Sr. Gregorio hizo su primer comentario: “comer mucho y entrenar no tiene caso”

Coordinador: “¿el dicho nos llevaría a una alimentación saludable?”

Todos dijeron que sí y que se debería agregar al recetario

La Sra. Rosario dijo el siguiente

#### **4. “De ojo me echo un taco”**

Recalcó “personalmente tomo mucho ese dicho ya que me hacen daño algunas comidas como las carnitas y la barbacoa, y sé que me hace daño y trato de no comer, solo me echo un taco de ojo”

Sra. Ángeles: “tiene toda la razón, porque voy caminando y a mí no se me antoja nada, pero si veo a alguien comerlo se me antoja, es porque lo estoy viendo, no que lo huelo, solo porque lo veo comiendo rico”.

La Sra. Claudia aportó: “como dice la doctora, si se come un bolillo, cómase la mitad, antes comía muchas tortillas, ahora me como tres. Le tienen que ir bajando a la cantidad, no es dejar de comer”

Agregar al recetario, todos de acuerdo

La Sra. Ana dijo el siguiente

#### **5. “De la vista nace el amor”**

Recalcó que, si a alguien no le gusta la comida, si se ve preparado de una forma atractiva se puede antojar “A mí no me gustan las calabacitas pero si me las preparan bonito me las como”

Sra. Angeles: “va relacionado con el *de ojo me echo un taco*, a mí no me gusta comer en la calle, pero las tlayudas de la calle se me antojan”

Sra. Paty: “por eso son las porciones, no tenemos que dejar de comer, solo saber cuánto comer”

Sra. Ana: “depende de cada persona. Es realizar la comida de ciertas formas para que sean más antojables”

El coordinador preguntó si se podría poner en el recetario

La Sra. Paty afirmó: “sí está bien ponerlo en el recetario, porque se va a clasificar. Depende de la receta donde se vaya a colocar, por ejemplo, se puede poner en una ensalada muy rica. Pensar que no de todo lo que voy a ver me lo voy a comer”

Después de que el coordinador preguntara si estaban de acuerdo en agregarlo al recetario, todos dijeron que sí, que era un buen refrán.

La Sra. Ángeles comentó: “una nutrióloga me mencionó que puedo comer todo, pero en menor cantidad para ir mejorando. Puede uno comer todo, pero no demasiado. Te das el permiso (una rebanada de pastel, un hot cake) algo que te quite el antojo pero que no te haga tanto daño”

### **Descripción detallada de la sesión: (2 de 3)**

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

*Utilice tantas hojas como sea necesario*

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

Sra. Ángeles:

**6. “Aguadito pa’ que sobre, saladito pa’ que alcance”**

El significado que le dio fue “cuando tienes mucha gente, en lugar de agregar más ingredientes y hacerlo más salado, se puede sustituir con nopalitos, lentejas, lechuga. Lo veía con mi abuela, que se acababa la comida y le ponía más sal y más agua”

Todos estuvieron de acuerdo con el significado

El coordinador recalcó que hace referencia a que rinda la comida

Sra. Ana: “a veces se hace un tanto y estamos acostumbrados a hacer harta comida porque no alcanza, pero si se hace en porciones alcanza bien”.

Sr. Gregorio dijo el siguiente dicho

**7. “Me echo un taco de nariz”**

Mencionó que “pasa uno por la calle y va oliendo la longaniza, carne, etc y no lo puede uno comer, solo con respirarlo y ya”

Sra. Rosario: “de antemano sabemos que nosotros ya no podemos comer de todo y lo que vemos por la calle son puras fritangas y he hecho conciencia de que eso ya no se debe, hasta a mis hijas les ha servido; comían hamburguesas, pizzas, papas. Después mi hija estuvo internada y a partir de ahí hizo conciencia. Juntas nos vamos cuidando y hay que hacer conciencia de que debemos medirnos”

A todos les gustó la frase

Sra. Ángeles: “es cierto porque no podemos comer todo o no queremos, pero es rico olerlo y de alguna manera satisfacemos el instinto de comer ciertas cosas. Por lo menos oler, no necesariamente probar”

Sra. Reyna: “por ejemplo, pasamos a un puesto o lo que sea. A mí no me gusta el hígado, pero en el mercado de Xochimilco se ve rico pero

ya saliendo el olor no me gusta, pero tantos puestos que hay, tacos de suadero dices “Que rico” pero mucha grasa”

La Sra Paty estaba tratando de recordar un dicho que aprendió porque su hijo es chef y que es parecido al de “me echo un taco de nariz”. Pero solo pudo mencionar “***El cocinero se alimenta del olfato***”

Sra. Ángeles: “a veces vas a un restaurante y preguntas porque huele rico, salen por el platillo, y si se ve rico lo pides, aunque hay veces en las que no me ha gustado”

La Sra. Ángeles nos compartió un dicho que es de ella

#### 8. “***Si sabe como huele, está riquísimo***”

Su interpretación fue “Cuando algo huele muy sabroso, espero que el sabor sea igual, aunque a veces huele rico, pero ya cuando te lo comes no tanto”

La Sra. Rosario compartió que en una cafetería de su hija cuando ella va a trabajar escucha a los estudiantes que van, “dentro hacemos varias cosas, yo voy lo sábados, preparo algo y los estudiantes dicen que huele rico. Dicen, si así huele, debe saber rico”

La Sra. Ángeles aseguró que va ligado a lo que dijo el Sr. Gregorio con “me echo un taco de nariz”

Se preguntó si estos últimos deberían agregarse al recetario.

La Sra. Rosario afirmó: “sí se debe agregar al recetario, en casa si hacemos algo rico hasta nos lo saboreamos, yo creo que sí nos lleva a tener una alimentación saludable porque se combina con los otros refranes”.

Todos estuvieron de acuerdo con la Sra. Rosario

La Sra. Paty aportó un refrán que encontró en internet, pero que se identificó y le pareció interesante.

### **9. La ensalada bien preparada, poco vinagre y bien aceitada**

El significado que le dio fue “una ensalada no necesita tantas cosas, nos han enseñado a hacer los aderezos, y una ensalada bien completa, pero con un buen aderezo es muy rica”.

La Sra. Ángeles agregó: “se aplica en todas las comidas, una comida bien preparada no debe llevar tanto condimento como otras personas lo hacen. Con un condimento sencillo se deben hacer los alimentos, menos el mole, ese sí necesita muchos”.

Sra. Paty: “no necesitamos la mayonesa o cosas que nos hacen daño. Con aceite de olivo, limón y listo; o pimienta molida y otros que no recuerdo bien. Está rica una ensalada solo con aderezo de limón, aceite y no recuerdo el otro”

“vinagre”-Ayudó la Sra. Rosario.

Sr. Gregorio: “no tiene condimentos, ni nada de eso, el aceite y todo eso es natural”.

Después de el coordinador preguntar si les parecía que era un buen refrán, todos afirmaron y concordaron en agregarlo al recetario.

Sra. Rosario: “un aderezo bien hecho en cualquier ensalada es rico”

### **Descripción detallada de la sesión: (3 de 3)**

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

*Utilice tantas hojas como sea necesario*

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

El estudiante de QFB (Leonardo) dio su primera aportación mencionando otra frase:

### **10. *Menos es más***

El significado que le dio fue “porque a veces en las comidas le agregas cosas que no necesita, a veces ya ni se sienten. Se agregan por costumbre y al final no se siente el sabor y nos sigue afectando en lugar de beneficiar”

Todos están de acuerdo, todos dicen que significa lo mismo

Consideran que leerlo nos llevaría a una alimentación saludable

La Sra. Reyna añadió: “en mi caso me prohibieron el pan, me comía una conchota y ya no es una conchota, ahora es una conchita. Las porciones de bajarle a las tortillas y al pan. Ya casi voy dejándolo”

El coordinador aportó con una conclusión “no necesitamos muchos ingredientes y debemos medirnos en porciones”

La Sra. Ángeles agregó: “con menos ingredientes puedes hacer una comida muy sabrosa, y con menos porciones es saludable. Menos cosas grasosas aporta más salud”

Todos estuvieron de acuerdo y lo consideran importante para llevar una alimentación saludable. Coincidieron en que se debe agregar al recetario.

Sra. Ángeles dio el siguiente dicho

### **11. “*Donde comen dos, comen tres*”**

Recalcó que “no es cierto, porque para que coma el tercero le quita a los otros dos” Sra. Ángeles “los tres se quedan con hambre”

Mencionaron que está confuso y no deberían agregarlo

Sra Claudia: yo sabía que el dicho donde come uno comen dos, pero ya de tres ya no porque *la comida no es resorte*”

Mencionaron que esto último debería de agregarse

### 12. ***“la comida no es resorte”***

La Sra Claudia dijo cómo ella lo entendía: “es como el dinero, a mí me dan el gasto y luego dicen que por que no compre tal o tal, pero no se puede estirar el dinero. Igual que la comida, no se puede repartir a mucha gente”

La Sra. Ángeles dio una explicación de una película mexicana “cuando están esperando a que alguien se vaya para empezar a comer”

Leonardo (estudiante): “lo vi como algo flexible, “hoy no como bien pero mañana sí”

La Sra. Ángeles refirió otra película, donde dicen “es que ya no tomo mucho, solo tomo 6 veces al año. Un día sí y un día no”

La Sra. Rosario coincidió: “comes poquito y después comes más. Es verdad lo que dice la señora, no es resorte”. Concluyó que si ponen la explicación de Leonardo, se entendería más y aportaría para una alimentación saludable.

Todos coincidieron y concluyeron en agregarlo al recetario

La Sra. Ángeles dijo el siguiente

### 13. ***“Que coman mis dientes, aunque no coman mis parientes”***

Su significado fue “cuando se come demás, no se cuida la porción de los otros por satisfacer las ganas de seguir comiendo. A veces mi boca no quiere, pero quiero seguir comiendo. Puede llegar a ser confuso”

Sra. Rosario: “yo lo entiendo como un regaño o falta de atención, porque comen mucho y no se dan cuenta de que se quedan personas con hambre”

Todos estuvieron de acuerdo con el significado y decidieron agregarlo al recetario

La Sra. Paty finalizó con el siguiente refrán

#### 14. ***“Dime que comes y te diré quién eres”***

Significado que le dio: “lo que comemos es lo que vamos a representar”

La Sra. Ángeles habló de un anuncio donde hay una chica vestida de dona y termina con ***“eres lo que comes”***

Todos estuvieron de acuerdo en agregarlo al recetario y la Sra. Ángeles sugirió que se debería poner al principio del recetario

El taller concluyó con el coordinador recalcando que los dichos y refranes mencionados se iban a colocar en el recetario, así como lo importante que fueron sus aportaciones

La Sra. Ángeles finalizó dirigiéndose hacia Leonardo diciendo “nunca te deshumanices, siempre piensa en el paciente como persona y no solo como paciente”

#### 5. **Propuestas del grupo**

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

*Asegúrese de anotar completas cada una de las propuestas*

Refranes que los pacientes aportaron y estuvieron de acuerdo para el recetario

1. *“No solo de pan vive el hombre”*

Especificar que no solo es pan, son vegetales, carnes y más.

2. *“El pez muere por su propia boca”*

3. *“El que corre mucho nunca adelgaza”*

4. *“De ojo me echo un taco”*

5. *“De la vista nace el amor”*

6. *“Me echo un taco de nariz”*

7. *“Si sabe como huele, está riquísimo”*

8. *“La ensalada bien preparada, poco vinagre y bien aceitada”*

9. *“Menos es más”*

10. *“la comida no es resorte”*

Colocar el significado

11. *“Que coman mis dientes, aunque no coman mis parientes”*

12. *“Dime lo que comes y te diré quién eres”*

Agregarlo al principio del recetario



- 5to Encuentro de personas: Encontrarnos para cuidarnos, Cuidado como un Derecho y una acción colectiva

Este tema abordado en el encuentro deriva de una cuestión que es de vital importancia en el proyecto, que es generar habilidades que favorezcan la autonomía y el autocuidado, de los cual surgió la duda de saber si se pueden generar acciones de cuidado con un enfoque colectivo razón por la cual surgió esto. El propósito del taller del 5º Encuentro de personas con enfermedades crónicas es fortalecer las capacidades, tanto individuales como colectivas, que las personas participantes reconocen que están desarrollando, o que pueden desarrollar, para aumentar el cuidado de sus enfermedades crónicas en sus cuatro direcciones:

1. Cuidar a otras personas
2. Recibir cuidados de otras personas
3. Cuidado de sí misma. Autocuidado
4. Cuidado del entorno

En cuanto a la organización, la gestión de este encuentro fue un poco más apresurada y fuimos preparados en una sesión solamente, en esta ocasión solo nos prepararon para abordar el tema con nuestro grupo de discusión y la organización de las locaciones y el número aproximado de asistentes. Como diferenciador de este encuentro encontramos que se realizó la preparación de carteles e invitaciones para este evento. En esta ocasión de nuevo me tocó ser coordinador del grupo e igual que el encuentro pasado las personas rápidamente de acoplaron a la manera de trabajo, la dinámica consistió en elegir uno 1 de 4 aspectos: personal, familiar, comunidad y servicios de salud haciendo una serie de preguntas, posteriormente de la misma forma se dio a elegir una sección de otras mencionadas y se le realizó una serie de preguntas con el fin de identificar un problema en común y tomar una decisión con los recursos disponibles. A continuación se anexa la relatoría obtenida del grupo de trabajo.

### 1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Josefina Cuapio Cortez	F	68	Dm Xochimilco
Brandon García	M	21	Tulyehualco (acompañante)
María Blanca	F	68	Tulyehualco-DM
Olga Orozco	F	70	Xochimilco-DM
Socorro	F	64	Tulyehualco-DM
Esperanza	F	59	Xochimilco-HAS / DM
Leticia Castañón	F	53	Xochimilco- DM / HAS
Clementina Ramírez	F	77	San mateo -HAS
María Eugenia	F	61	Xochimilco-HAS
Leandra	F	69	San Mateo Xalpa -DM /HAS

### 2. Datos del Taller

<b>Objetivo del taller:</b> <b>Reconocer y fortalecer las capacidades personales y colectivas, así como las relaciones que favorecen el cuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas. Entendiendo ese cuidado en las cuatro direcciones arriba anotadas</b>	
<b>Hora de inicio: 11:07 a.m</b>	<b>Hora de finalización: 12:20</b>

### 3. Agenda del taller:

Horario	Actividad
	Bienvenida: 11:07
	Presentación: 11:10
	Encuadre: 11:20
	Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones
	Paso 2. Satisfacer necesidades
	Paso 3. Fortalecer el autocuidado
	Cierre: 12:20

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

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

**Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones**

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

*Nuestras aspiraciones respecto a:*

Lo personal \_\_\_\_

-Señora Eugenia: “Debemos de cuidarnos mucho sabiendo que padecemos de una enfermedad crónica, desde que hay la detección y continuar nuestro tratamiento, además de que en algunos padecimientos debemos estar conscientes del cuidado como mi caso que soy hipertensa, no debo fumar, debo bajar de peso y también debo comer cosas sanas, específicamente frutas y verduras, otra cosa es disminuir carnes rojas porque les perjudica en la enfermedad”.

-Señora Rosa: “En mi situación personal cuando recién fui diagnosticada de DM tipo II fue un golpe muy fuerte para mí, porque sabía que principalmente debía de cuidarme en mi caso hay mucha facilidad de consumir golosinas, ya que tenemos una tienda, también mi familia las consume y por eso todos somos gorditos, y si yo comienzo con mi cuidado personal, disminuyendo el consumo de golosinas comenzaré a modificar la alimentación en casa y puedo modificar el entorno tanto para mí, como para mi esposo que presenta hipertensión y para mi hija que presenta Diabetes”.

Explicó sobre el estrés que le causó la muerte de personas que la rodeaban y que probablemente por esa razón presentó la diabetes, mencionó que el aspecto psicológico es importante para el control de sus problemas crónicos.

-Clementina: “Yo tengo Hipertensión y trato de cuidarme, no tomar refresco, y personalmente agradezco a los médicos de San Mateo por la atención para las enfermedades y por la revisión que me realizan cada mes, ya tengo 6 años acudiendo a mi centro de salud”. Mostró nostalgia y alegría

La señora Blanca mencionó que lo principal es aceptar las enfermedades crónicas y llevar un tratamiento, además de complementar la alimentación como el plato del buen comer para que sus porciones sean exactas y acudir constantemente a su centro de salud.

-Leticia: “El aceptar las enfermedades implica cuidarse, es por eso que cuando no las aceptan no modifican sus hábitos, en mi centro de salud los días jueves hacemos ejercicio con los médicos

y nos dan un pequeño lunch que preparamos nosotros mismos y los requisitos que pone el médico es que, principalmente lo que lleven sea verdura, en lo personal esto me ayudo a comer verdura porque era muy carnívora y perdí ese hábito ahora sí que aprendí a comer”.

Socorro nos compartió que presenta diabetes, hipertensión y dislipidemia, sin embargo, comenta que sus hijas no la apoyan, ya que le dicen: “no vamos a comer verduras mamá, nada más porque tú lo dices”. Comentó que ella come lo que le dan y comenzó a llorar porque menciona que ella no trabaja y por ende no tiene dinero, es por eso que se tiene que acoplar a lo que le dan.

-Socorro: “Me quedo callada porque yo no apporto y me como lo que me dan, y por eso yo me trato de cuidar, pero en la alimentación a mí me la dan mis hijos yo no puedo exigir porque ni mis nietos comen verdura”.

-Roberto: “Este caso es muy particular y difícil, porque aquí muchos no pasamos esta situación, porque tenemos como y que queremos comer, es por eso que en su caso debemos aprender a hacer el esfuerzo, si no lo puede hacer con la alimentación, si podría con la medicación por lo menos para compensar esta parte”.

Después de esto se le brindó un comentario para consumir alimentos saludables en comedores comunitarios que son de parte del gobierno y comentan que no son muy caros.

-Eugenia: “No es un consejo, es una opinión por la situación que presenta y la verdad, sus hijos no la quieren lo que quieren ahora si es que ya... Pero, pues tampoco se vale, yo gracias a Dios tengo a mi madre de 89 años, (comienza a llorar) yo la cuido y ella no tiene ninguna enfermedad la enferma soy yo, cuando fuimos chicos ellos fueron quienes nos cuidaron y gracias a ellos estamos aquí y en lo que pueda yo hacer lo hago, porque en una edad ya hay cosas que no podemos hacer”.

La señora Josefina comentó que otro aspecto importante es que el cuidado debe ser por sí mismos y que es importante no complicarse además de que deben educarse, mencionó que en los centros de salud brindan muchos apoyos como lo es psicología y nutrición para mejorar su salud además de las pláticas que escuchan para que poco a poco aprendan a cuidarse.

-Josefina: “Ahorita que tenemos fuerza y podemos movernos podemos cuidarnos sin necesidad de ser dependientes de alguien, todavía tenemos la forma de transportarnos, yo tuve un hermano que era diabético complicado y lo procuraba, pero él no se quería cuidar y desafortunadamente falleció”.

Platicaron que gracias a los centros de salud les dan consulta, medicamento y los cuidados que requieren y en otras instituciones solo les proporcionaban las recetas y no tenían dinero para comprar los medicamentos.

-Señora Leticia: “Respecto a las enfermedades crónicas que presentamos, hay que aceptarlas no hay nada más importante que nosotros mismos y el estar aquí es porque queremos estar bien y así nos vemos, yo cuando me levanto agradezco al día, tengo familia que tampoco come verdura, ellos son carnívoros y también yo, pero al comer le quito la grasa y como verdura, en casa siempre tenemos jitomate o pepinos y si no podemos comer algo que en ese momento se guisó busco un jitomate, o zanahoria y me lo como la idea es no complicarnos porque el complicarnos nos enferma y el que debe de estar bien es un mismo nosotros generamos energía y la energía debe de ser positiva y la negativa son personas que tenemos alrededor y no se quieren dar cuenta, nosotras debemos pensar en el presente porque el futuro no sabemos si llegue, el estar bien proyecta felicidad, amor y a las personas que no me quieren tanto, o creo yo que no me quieren, realmente es que no saben lo bonita que es la vida y cuando se dan cuenta de lo bonita de la vida tal vez no van a seguir viviendo para verlo, yo me quiero, me respeto y me cuido”.

La señora Eugenia comentó que ella cuando no sabía que era diabética comía de todo y cuando se enteró de su padecimiento este le enseñó a seguir adelante y a saber cómo debe comer y que es lo que debe comer, dijo: “No necesariamente debo de tener un platillo espléndido y me siento con ánimos de seguir adelante (le dio una caricia en el hombro a la señora Socorro) señora échele ganas, el mundo no se acaba porque tienen fe y ganas de seguir”.

La señora Leandra al participar tenía un poco de pena, pero nos contó que también tenía malos hábitos de alimentación, pero que ahora ya sigue una dieta porque tiene remedio y comentó preocupada que no quiere llegar a la diálisis, por eso quiere

echarle ganas para llevar la dieta y comparte que tiene 25 años con el diagnóstico de diabetes.

-Roberto: “Muchas gracias por sus participaciones, creo que entre todo esto que se habló algo muy importante es aprender a comer y comer correctamente, una parte muy importante que compartió la señora Blanca fue la aceptación, lograr aceptar nuestra enfermedad nos va a ayudar a que nosotros nos demos cuenta y empecemos a actuar nosotros mismos, fue uno de los aspectos que pude captar y también como lo comenta la señora Clementina, el equipo médico es muy importante porque están al pendiente de cada situación y bueno se tomaron 4 puntos muy importantes como lo fue la alimentación, el autocuidado, el equipo médico y la aceptación de las enfermedades ahora pasemos a la siguiente parte.

#### 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.

*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.**

La sesión inició preguntando qué aspectos querían identificar y acordaron que la alimentación y parte de la actividad física.

-Roberto: “Pueden decirme, ¿cuáles son los problemas que identifican y compartimos respecto a la alimentación saludable y actividad física?”

-Blanca: “Yo como problema identifico el desorden en la alimentación, porque personalmente a mí me gustaba comer de todo, tanto dulce como carbohidratos, además antes no identificaba el plato del buen comer, porque apenas me di cuenta

de que las raciones que consumía eran demasiadas y pues no lo quería, pero ahora ya lo conozco gracias a la información brindada en los centros de salud, ya me siento mejor y bajé mis triglicéridos y colesterol (al decir esto se mostró muy entusiasmada y alegre) y de la actividad física ya la inicié pero no al 100 porque solo puedo caminar, pero esto me hizo mejorar mi organismo y pues yo lo veo que por una necesidad, ahora lo tengo que hacer para estar mejor y tener una calidad de vida".

- Roberto: "Recapitulando, uno de los problemas que usted identificó es el desorden en la alimentación, el cual ya trabaja en ello y en actividad física es ajustarlo acorde a sus capacidades físicas, muchas gracias".

También la señora Josefina, participó comentando que la comida chatarra es un problema, "además de nuestro sedentarismo y porque no nos gusta ejercitarnos ese es un problema porque a mí no me gustaba caminar y ahora por necesidad empezamos a caminar y encontramos un lugar donde ejercitarnos y con esto nos sentimos mejor y así vemos resultados, y otro problema es que no hemos aprendido a comer sano, además de la alimentación fuera de casa, por las tortas y tacos fuera de casa y no tener el hábito de realizar actividad física porque no fue inculcado por nuestros padres", (entusiasmada) yo ya vi resultados positivos en mi organismo porque no he presentado trastornos digestivos.

Mi compañero Roberto nuevamente recapituló diciendo que la comida que más disfrutan es la que más daño les genera en su organismo y en cuanto a la actividad física se había expresado como un mal hábito por el sedentarismo.

En este lapso mi compañero pidió la participación de alguien más debido a que algunas personas no habían participado y la señora Eugenia pidió la palabra comentando que a la alimentación consumía muchos tacos por los horarios difíciles de su trabajo, ya que manejaba un taxi, y por esta situación tuvo afección en 4 y 5 lumbares y primera de sacro y se vio obligada a modificar su alimentación además del ejercicio no necesariamente un ejercicio con esfuerzo y mencionó que la caminata le ayuda mucho.

Aquí el problema que se identificó y mostró mi compañero Roberto fue la vida laboral que interfirió y afectó tanto su alimentación como su actividad física por cuestiones de tiempo.

La señora Clementina, nos compartió que en su casa realizan alimentos con grasa, “pero trato de comer lo menos que pueda, por ejemplo, si mi hija hace pechugas empanizadas, yo la hago asada o en tacos dorados no frío la tortilla para cuidar mi alimentación también con la ayuda que tengo con los doctores”. Mencionó que, en su centro de salud, que es San Mateo, le ponen actividades acordes a su edad, agradeció nuevamente a los doctores porque gracias a ellos recuerda que medicamentos no debe olvidar de tomar inaudible por ruido de helicóptero.

Se realizó una pausa porque la señora Josefina pidió retirarse porque mencionó que iría por su nieto a la escuela y se despidió.

Leandra comentó que más que un problema, ella sabe que puede o debe comer y que la porción depende de ellas mismas, además de que no puede hacer ejercicio por su condición, pero que ella camina aproximadamente 5 Km por la pista de Cuemanco, “yo me he fijado que llevo mi dieta, pero no bajo mucho, pero me siento bien no sé a qué se debe, pero trato de comer lo que es y hago ejercicio y me siento bien y me siento muy feliz por eso”. Comentan entre ellas que la edad no ayuda mucho y comienzan a reírse.

- Roberto: ¿Cuál o cuáles son las decisiones importantes que tienen en común?

Se dieron ejemplos como la vida laboral o la dependencia familiar o el comer correctamente.

La señora Esperanza como primera solución habló de aceptar la enfermedad, en segundo lugar, aprender a comer, principalmente verduras y en la actividad física dice que en lo personal no le gusta realizar actividad física, solo la realiza en su centro de salud los días jueves, pero que intenta realizar más ejercicio

- Leticia: “He notado que nos preocupamos por el ejercicio y la alimentación, pero el horario de la comida es esencial y por vivir

a prisa nos olvidamos de la alimentación, debemos cumplir nuestro régimen alimenticio”.

Nos comentó que ella personalmente realiza una lista que pega en su refrigerador para identificar a qué hora debe hacer sus comidas, colaciones y ejercicio.

-Eugenia: “Yo me he adaptado a realizar actividad, porque antes al ir por mi mandado veía un puente que creía que nunca iba a poder subirlo, pero ahora estoy muy feliz porque puedo subirlo y bajarlo sin problemas”, nos dijo que hasta contó los escalones y que son aproximadamente 55.

Las soluciones que se observaron y se plantearon por parte de mi compañero Roberto fue la constancia, la costumbre y buenos hábitos.

Mi compañero Roberto realizó la pregunta acerca de recursos, personales, familiares, institucionales que se pueden aprovechar para resolver los problemas.

Comentaron que principalmente consideraban el centro de salud porque les aporta tanta atención médica esto por las consultas que se les brinda y las soluciones que les proporcionan dentro de ella, los medicamentos, el apoyo nutricional y psicológico, también hablaron de que los medicamentos se les brindan.

La señora Blanca habló de que particularmente en donde ella está la revisan, le brindan atención y le dan solución para estar mejor y eso la hace sentir querida.

Olga, entusiasmada nos contó que, su centro de salud es una maravilla porque les brinda bastante apoyo y que al contrario que en otros centros de salud les dan atención tanto psicológica como nutricional porque todo lo correlacionan con su mejora, a ella le gusta que las consultas sean extensas porque les dan indicaciones específicas y lo que no entienden se lo explican y si tiene duda puede preguntar sin tener una cita previa, ella feliz dijo que le gustaba mucho su centro de salud y que es fabulosa su atención.

La señora Leticia pregunto qué centro de salud era y respondió Olga que en Xochimilco esto fue porque comentó que acudía al mismo centro de salud anteriormente y que hubo una situación

en la que se le dio atención a las 7 de la mañana y le llamaron la atención al médico que la atendió, porque estaba rompiendo las políticas y dejó de ir porque no le daban los medicamentos, pero que apenas se integró y notó la mejora en el Centro de salud. Aquí se desviaron del tema y comenzaron a hablar todas de la atención con los médicos, me fue difícil escuchar lo que quería decir cada una, así que Roberto retomo la actividad.

-Roberto: “¿Cómo mejorar la relación que se establece con el personal de salud para mejorar su alimentación y actividad física?”

Rosa con una sonrisa dijo que ella no veía que tengan que mejorar nada porque la atención es muy buena tanto por los médicos, como las trabajadoras sociales y enfermeros “la Doctora Viván es muy buena y no sé a ustedes, pero a mí me revisan mi glucosa cada 8 días y mi presión cada 15 y nosotras no podemos mejorar más de lo que ya hemos mejorado porque el enfermero Omar y la trabajadora social Olí nos consienten mucho, están al pendiente como en mi caso personal dejé de ir y me llamaron por teléfono para preguntarme por qué no acudía y le comenté que tuve una cuestión familiar y lo que me gustó mucho es que me animó y me dijo que en el momento que me sintiera bien podía regresar, finalizó comentando que los cuidan mucho.

Olga dijo que principalmente es tener el compromiso de acudir a sus consultas y ser constante de sus tratamientos y algo que considero importante es que en su centro de salud la doctora llama a personas para que les den pláticas comenta que al principio no sabía de qué trataban las pláticas y pensaba que eran aburridas porque solo se la pasarían hablando, pero después se llevó una sorpresa al ver las pláticas, “quedé encantada y me gusta ir cada 8 días y el que no está a gusto en el centro de salud es porque no sabe valorar lo que tenemos”.

Como último dato la señora María comentó que lo único que le molesta es el personal de archivo, “son muy groseras y no te hacen caso, además nos dicen que las esperemos porque están hablando por teléfono”, pero que a pesar de eso ella estaba muy contenta.

La sesión terminó en este punto debido a que comenzó a llover y nos encontrábamos a la intemperie, así que entramos al auditorio.

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

En cuanto a este módulo final que se aborda en el diplomado se desarrolla a través de la presentación de casos clínicos de manera simultánea con los otros 3 módulos presentados anteriormente, la dinámica consiste en presentar una caso clínico con el enfoque de acuerdo al modelo del proyecto incluyendo del paciente sus aspiraciones, sus inquietudes durante la atención la toma de decisiones, su red de apoyo entre otras cosas que se abordan y posteriormente la revisión del caso en sesiones posteriores se realiza la revisión de un tema derivado de la discusión que se suscite del caso clínico.

Durante el año se revisaron un total de 4 casos clínico presentados por los pasantes del proyecto, cada uno previamente seleccionado por el pasante dentro de su centro de salud, de estos pacientes analizados surgieron los siguientes temas a discutir y revisar en sesiones posteriores: el uso de fármacos antidiabéticos, dieta saludable, la empatía y el servicio de atención psicológica. Estos temas fueron seleccionados a petición de los médicos pasantes con base en la identificación de los puntos débiles presentes en el caso o en su defecto el tema de interés abordado durante el mismo. La revisión de estos casos durante el año se hace con el fin de reforzar los conocimientos aprendidos, aplicar el modelo propuesto durante el proyecto y alentarnos a buscar temas de interés.

### **4. Conclusiones**

Dentro de todo el año que estuve cursando el proceso de pasantía en SEDESA me pude dar cuenta que la atención de los servicios a mejorado mucho con el pasar de los años y es algo que las personas hacen notar, con respecto al proyecto dentro de esta institución puedo decir que están más comprometidos aunque un poco mal informados de lo que va el proyecto pero en general puedo decir que es el mejor lugar donde se pudo implementar el mismo ya que dan bastante apertura a nuevas ideas a diferencias de otros servicios de salud. En cuanto a la aplicación del modelo con los pacientes del centro de salud he de decir que se queda como una necesidad no satisfecha esto derivado a que no se da el tiempo, el espacio o la disponibilidad para poder realizarlo de manera efectiva, sólo en casos muy específicos logre llevarlos a cabo y he de decir que fue una grata experiencia abordarlos de esta manera. Existen ciertas ventajas y desventajas al aplicar el modelo en estos servicios, como ventaja más importante es la disposición del personal para hacer las cosas diferentes y el hecho de contar con cierta libertad profesional como médicos pasantes y como principales desventajas y como es de esperarse el tiempo disponible es uno de ellos. A causa de esta desventaja el modelo pierde mucha fuerza al vernos limitados a solo 20 minutos por persona, otra desventaja que puedo notar es el rol que nos es asignado a los pasantes como personal de cobertura, esto causando una disfunción del proyecto y del modelo. A las personas que atendí durante el año les agradezco mucho por la confianza y de la misma manera me llevo una grata impresión de la efectividad de este modelo tanto en la generación de personas con autonomía como de la satisfacción brindada durante la atención médica que se

vuelve más humanizada. He de decir que desde el contacto con los servicios de salud en mis primeros años de carrera, durante el internado médicos de pregrado y ahora con el servicio social me pude dar cuenta que este modelo se ajusta al tipo de médico que quiero ser y que por ningún motivo permitas que este conocimiento quede en la deriva sin beneficiar a la salud de las personas que atiendo, definitivamente esta es la atención que tanto busca la gente y que desde mi perspectiva siempre a sido la forma correcta.

## 5. Referencias Bibliográficas

- Barr V. The Expanded Chronic Care Model. An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model [Internet]. 2003 [Consultado 27 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/8960923>
- Cuba M. S., Romero Z. O. El Método Clínico Centrado en la Persona y su Aplicación en la Atención Primaria de la Salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016; 33 (4): 780-4.
- Elwyn G., Frosch D., Thomson R., et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *JGIM*. 2012; 27 (10): 1361-7
- Torrente E, et al. Impacto de las redes sociales de pacientes en la práctica asistencial. *RISAI* [Internet]. 2010 [Consultado: 27 Ene 2023]; 2 (1). Disponible en: [www.risai.org](http://www.risai.org)
- Millaruelo Trillo J. M. Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo. *Aten Primaria* [Internet]. 2010 [Consultado: 27 Ene 2023]; 42 (1): 41-47
- Van de Velde D., et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open*. 2019; 9.
- Campos de Aldana M. S., et. al. Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y el Uso de Tecnologías de Información y Comunicación: Revisión Sistemática. *Rev Cuid* [Internet]. 2014 [Consultado: 27 Ene 2023]. 5 (1): 661-9
- Guevara Sánchez DA. Niveles de actividad física, factores motivacionales y barreras percibidas por los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de la Unidad Médica Eloy Alfaro del IESS. Quito; 2019.
- Forechi L, Mill JG, Griep RH, Santos I, Pitanga F, Molina MDCB. Adherence to physical activity in adults with chronic diseases: ELSA-Brasil. *Rev Saude Pública* [Internet]. 2018;52:31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000215>
- Lawton J, Ahmad N, Hanna L, Douglas M, Hallowell N. “I can’t do any serious exercise”: barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with Type 2 diabetes. *Health Educ Res* [Internet]. 2006;21(1):43–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyh042>
- Vilafranca Cartagena M, Tort-Nasarre G, Rubinat Arnaldo E. Barriers and facilitators for physical activity in adults with Type 2 Diabetes Mellitus: A scoping review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(10):5359. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18105359>

- Ige-Elegbede J, Pilkington P, Gray S, Powell J. Barriers and facilitators of physical activity among adults and older adults from Black and Minority Ethnic groups in the UK: A systematic review of qualitative studies. *Prev Med Rep* [Internet]. 2019;15(100952):100952. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100952>
- Farrance C, Tsofliou F, Clark C. Adherence to community based group exercise interventions for older people: A mixed-methods systematic review. *Prev Med* [Internet]. 2016;87:155–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.02.037>
- Collado-Mateo D, Lavín-Pérez AM, Peñacoba C, Del Coso J, Leyton-Román M, Luque-Casado A, et al. Key factors associated with adherence to physical exercise in patients with chronic diseases and older adults: An umbrella review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(4):2023. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18042023>
- Centi AJ, Atif M, Golas SB, Mohammadi R, Kamarthi S, Agboola S, et al. Factors influencing exercise engagement when using activity trackers: Nonrandomized pilot study. *JMIR MHealth UHealth* [Internet]. 2019;7(10):e11603. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2196/11603>
- Garmendia ML, Dangour AD, Albala C, Eguiguren P, Allen E, Uauy R. Adherence to a physical activity intervention among older adults in a post-transitional middle income country: a quantitative and qualitative analysis. *The journal of nutrition. health & aging*. 2013;17(5):466–71.
- Miller ST, Marolen KN, Beech BM. Perceptions of physical activity and motivational interviewing among rural African-American women with type 2 diabetes. *Womens Health Issues* [Internet]. 2010;20(1):43–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2009.09.004>
- Leung AWY, Chan RSM, Sea MMM, Woo J. Psychological factors of long-term dietary and physical activity adherence among Chinese adults with overweight and obesity in a community-based lifestyle modification program: A mixed-method study. *Nutrients* [Internet]. 2020;12(5):1379. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu12051379>
- Orzech KM, Vivian J, Huebner Torres C, Armin J, Shaw SJ. Diet and exercise adherence and practices among medically underserved patients with chronic disease: variation across four ethnic groups: Variation across four ethnic groups. *Health Educ Behav* [Internet]. 2013;40(1):56–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1090198112436970>
- Smalls BL, Gregory CM, Zoller JS, Egede LE. Assessing the relationship between neighborhood factors and diabetes related health outcomes and self-care behaviors. *BMC health services research* [Internet]. 2015;15: 445. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1086-7>
- Serour M, Alqhenaei H, Al-Saqabi S, Mustafa AR, Ben-Nakhi A. Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. *The British journal of general practice : the journal of the. Royal College of General Practitioners*. 2007;57(537):291–5.
- Canuto KJ, Spagnoletti B, McDermott RA, Cargo M. Factors influencing attendance in a structured physical activity program for Aboriginal and Torres Strait Islander women in an urban setting: a mixed methods process evaluation. *Int J Equity Health* [Internet]. 2013;12(1):11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-12-11>
- Gillette DB, Petrescu-Prahova M, Herting JR, Belza B. A pilot study of determinants of ongoing participation in EnhanceFitness: A community-based group exercise program for

older adults. J Geriatr Phys Ther [Internet]. 2015;38(4):194–201. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1519/JPT.0000000000000041>

- Rogers A, Harris T, Victor C, Woodcock A, Limb E, Kerry S, Iliffe S, Whincup P, Ekelund U, Beighton C, Ussher M, Adams F, Cook DG. . Which older people decline participation in a primary care trial of physical activity and why: insights from a mixed methods approach. BMC geriatrics [Internet]. 2014;14: 46. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-46>

## ANEXOS





