



Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

**IMPLEMENTACION DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN
LA COMUNIDAD PARA FORTALECIMIENTO DE LA
SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES**

**MEMORIA DE EXPERIENCIA LABORAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
*LICENCIADO EN ENFERMERÍA***

P R E S E N T A

ALBERTO MANUEL PINO ICHANTE

A S E S O R:
NOMBRE DEL ASESOR

MSF y C. ELIA CHAMARRO VÁZQUEZ

Revisora:
MARTHA PATRICIA DÁVALOS SOTELO
Revisor:
SERGIO SANTIAGO ARELLANES.

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO

FEBRERO 2023.



CUVCH

INDICE

	Pagina
Resumen	
I. Importancia de la temática	7
I.1. Situación epidemiológica del envejecimiento en México	7
I.2. Los Grupos de Ayuda Mutua como estrategia de reducción en enfermedades crónicas en el Adulto Mayor	14
I.3. Políticas en la Atención a los Adultos Mayores	19
I.4. Los Niveles de Prevención y su importancia en la prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo	23
I.5. Ámbitos de actuación de la Enfermera Comunitaria	28
II. Descripción del puesto	31
II.1. Funciones de la Enfermería en la Atención Primaria a la Salud	31
II.2. La Educación de la Salud como Herramienta para el mejoramiento de los Estilos de Vida del Adulto Mayor	55
III. Problemática Identificada	58
3.1. Formulación del problema	58
3.2. Análisis de factores	59
3.3. Diagrama de Operaciones de Proceso	72
IV. Informe detallado de actividades	85
4.1 Reporte de actividades desarrolladas	85
V. Solución Desarrollada y sus alcances	98
V.I Referencias de Consulta	102
Anexos	103
Constancia de Autorización de la información	
Constancias de cursos de actualización	

Reconocimientos	
-----------------	--

RESUMEN

La supervivencia y una adecuada calidad de vida de la población mexiquense son y serán siempre el reflejo de todas aquellas intervenciones de salud bien ejecutadas, y logradas, donde se logren disipar las diferencias y desigualdades de estas personas, en sus estilos de vida, en los usos y costumbres nutricionales, en sus necesidades y demandas de cuidados.

Es por esto, que en este trabajo plantearé varios desafíos, siendo para mí uno de los primordiales: el lograr un envejecimiento exitoso de las personas que viven en mi comunidad a cargo, lo cual significa atender aquellas problemáticas de salud que identifique con apoyo de mi Comité Local de Salud, evitar en la medida de lo posible síndromes de fragilidad y dependencia en aquellos adultos mayores que participen activamente en mi propuesta y por supuesto darle un valor agregado a mi actividad como enfermero de campo.

Con su apoyo y mi experiencia en el ámbito de la salud estoy seguro que si enfoco los procesos de enfermería y los acerco a sus hogares de manera coordinada, segura y constante lograré en ellos mejorar su calidad de vida a través de la mejora en el control de sus enfermedades de base.

El crecimiento de la población mayor de 60 años en mi comunidad es reflejo de lo que se vive en nuestro país, y esto representa para mí una necesidad, sobre todo de brindarles atención sanitaria, cuidados de enfermería, debido a las enfermedades crónico degenerativas que muchos de ellos padecen en esta etapa de sus vidas, sobre todo porque eso les aumenta el riesgo de padecer alguna discapacidad que a la vez fuera condicionante de que ellos requirieran de cuidados de larga duración.

I. IMPORTANCIA DE LA TEMÁTICA

I.1. Situación epidemiológica del envejecimiento en México

Hablar del envejecimiento, es hablar de un proceso natural, que ocurre de forma gradual, continua e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente. De tal forma que la importancia de este capítulo radica en mostrar los principales rasgos de la situación actual de las personas adultas mayores en México.

En demografía se utiliza la edad cronológica para determinar a la población envejecida, que se ha llamado población adulta mayor; la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor. En cambio, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) considera como personas adultas mayores a las de 65 años y más; el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en su apartado II México Incluyente, considera para sus estrategias y líneas de acción como personas adultas mayores a quienes tienen 65 años o más de edad; el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en su informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2012, considera como adultos mayores a las personas de 65 años y más.

Por lo tanto, resulta importante visualizar lo que ocurre a nivel mundial, debido a que está ocurriendo una transición demográfica secundaria al descenso de la Tasa de Natalidad y el aumento de la Esperanza de Vida, así como la disminución de la

Mortalidad en edades tempranas.

De esta forma se produce un fenómeno conocido como el “envejecimiento del envejecimiento” o “sobre envejecimiento”. México no está exento de estas características, constituyendo actualmente uno de los países más envejecidos de América con el 13.36% de su población total, nuestro país experimenta un intenso y acelerado proceso de cambio en la distribución por edades de la población, y transitamos de una población joven a una más envejecida. (González Karla Denisse, 2015).

De acuerdo con las *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050* y *de la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015 que la secretaria general (SG CONAPO) publicó en 2018*. No obstante, a nivel estatal, si bien todas las entidades federativas experimentarán el envejecimiento de su población, este proceso se presentará con ritmos diferentes, debido no solo a los cambios en la mortalidad y fecundidad, sino también al efecto de la migración. Cabe señalar que se eligió la edad cronológica de 60 años como la edad umbral de envejecimiento, tal como lo establece la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM, 2002), así como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982).

La vejez resulta ser el desenlace de un proceso que atraviesa la población de 60 años y más en el país, resultado de las bajas tasas de mortalidad y de fecundidad alcanzadas en el país, que han propiciado que la población en su conjunto pueda llegar a edades que anteriormente resultaban difíciles de alcanzar y que cada vez podrán aumentar hasta llegar al horizonte de vida. El envejecimiento es un proceso gradual, adaptativo e innegable de complejas implicaciones que se origina a partir de los efectos determinados por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado a lo largo de la vida del individuo en un ambiente determinado que con el tiempo ocurre en todo ser vivo.

Las generaciones más numerosas, que corresponden a las que nacieron entre los años de 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir del año 2020, lo



Una de las consecuencias de la transición demográfica es la reestructuración de la población. En la población mexicana, los niños siempre han sido su componente más numeroso. Sin embargo, desde hace unos años el número de niños que se matriculan en la primaria ha comenzado a reducirse, esto gracias a la natalidad reducida. Esto lleva a que la pirámide de poblacional de México perderá su forma triangular, característica de una población joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas.(González, 2015).

La esperanza de vida al nacer (EVN) se ha modificado al paso del tiempo, ejemplo de ello es que durante la década de los 90 se esperaba que una recién nacida viviera en promedio 74 años, mientras que para los niños la esperanza de vida al nacer era de 67 años. En la actualidad la esperanza de vida de la población se ha incrementado, debido principalmente a la reducción en las tasas de mortalidad infantil, cambios en los hábitos nutricionales y adopción de estilos de vida saludables, así como mayor acceso a los servicios de salud. Lo cual hace evidente que al ser nuestra población Adulta Mayor mucho mayor en proporción, tengamos que direccionar diferentes programas de salud para mantener un estado de bienestar en ellos, primordialmente por que las enfermedades no transmisibles tienen mayor incidencia en este grupo etario.(González, 2015).

Imagen No 2.
Pirámide de población según grupo quinquenal de edad y sexo 2000 y 2018

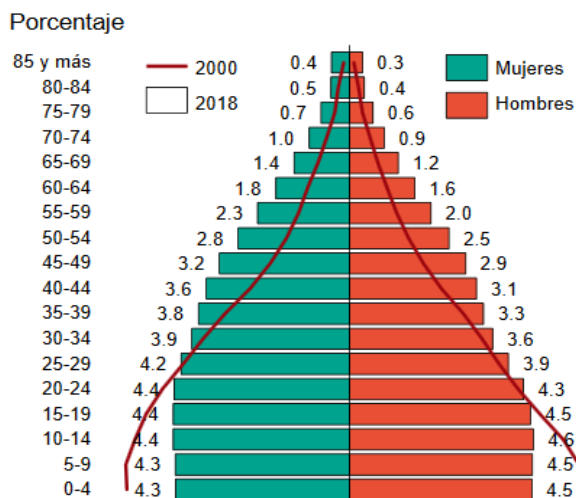
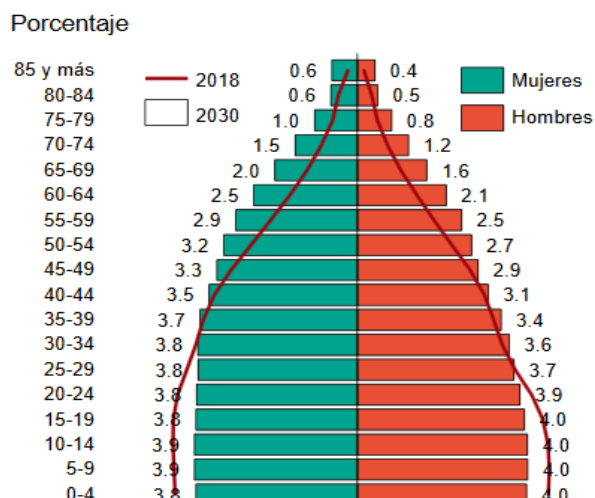


Imagen No 3.
Pirámide de población según grupo quinquenal de edad y sexo 2018 y 2030



Ante esta transición epidemiológica, la brecha que separa la esperanza de vida Fuente: CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010-2050. En www.conapo.gob.mx (15 de enero de 2018)

masculina y femenina se ha reducido a 5 años en 2018 y se espera continúe esta tendencia en los años siguientes, tal como se visualiza en los gráficos anteriores (INEGI, <a2018).

Una vez que se hace el análisis de las pirámides de población construidas para 2018 y 2030 se visualiza que continuará el descenso paulatino en la fecundidad y la mortalidad, lo cual se traducirá en modificaciones de la estructura por edad y sexo de la población. Este descenso de la fecundidad se reflejará en la contracción de los seis primeros grupos de edad en la pirámide de 2030, más intensamente en los grupos con edades de 0 a 19 años, significando que en un plazo no mayor a diez años nuestro grueso de la población en México estará dentro del grupo etario mayor de veinte años, siendo una población reproductiva y económicamente activa, que si se suma a los cambios generacionales y sociales que vive nuestro país, estaremos hablando de un descenso significativo de población infantil.

Igualmente, como consecuencia del descenso de la mortalidad, para 2030, habrá estabilidad en la participación de los grupos cuyas edades van de los 30 a los 44 años; paralelamente, todos los grupos quinquenales mayores de 45 años registrarán incrementos en su participación relativa, de lo que resultará paulatinamente en un aumento en el número de personas adultas mayores.

No obstante el proceso de envejecimiento, se puede considerar en México continuará siendo en 2030 un país con una proporción importante de población joven, pues las barras de la base de la pirámide (0 a 19 años de edad) para dicho año son mayores que las de los grupos de edades superiores (González, 2015).

Con referencia a la composición por sexo, se aprecia que en los cinco grupos quinquenales de menor edad se mantiene una participación relativa ligeramente superior para los hombres, situación que se invierte y acentúa en los grupos de mayor

edad, donde es más alto el porcentaje de población femenina.

También es importante resaltar que al tener los dos factores que he descrito como desencadenantes directos de la prolongación de la esperanza de vida de nuestra población, esta última ha sido causal también de generar múltiples efectos económicos y sociales que se vienen a sumar hoy en día en el incremento de la esperanza de vida de nuestra población, siendo entonces un proceso sistémico donde cada factor influye para el mismo fin.

Como veremos en la siguiente tabla que muestro, este es un proceso demográfico que continuará de acuerdo a las proyecciones que hace el Consejo Nacional de Población, donde la esperanza de vida continuará incrementándose, lo cual resulta importante empezar a vislumbrar las principales acciones de salud que debemos redireccionar para poder conservar a nuestros adultos mayores sanos.(González et al. 2018)

Tabla 1. Proyecciones de la esperanza de vida al nacer (Consejo Nacional de Población, 2015).

Año	Total	Hombres	Mujeres
2010	73.9	71.5	77.0
2015	74.9	72.3	77.7
2020	75.7	73.3	78.3
2025	76.4	74.0	78.9
2030	77.0	74.6	79.4
2035	77.6	75.3	80.0
2040	78.2	76.0	80.5
2045	78.8	76.7	81.1
2050	79.4	77.3	81.6

FUENTE: González Santana Sergio, González Sierra Alina, K. Chickris Alejandra (2018) La Transición demográfica en México.

Instituto de Ciencias Sociales y de Administración Año 15, No 65

En: file:///C:/Users/SATELLITE/Downloads/Dialnet-LaTransicionDemograficaEnMexico-7209103%20(2).pdf (septiembre 2021)

Continuando con este análisis este incremento cada vez más moderado de la

esperanza de vida encuentra su explicación en el hecho de que la evolución favorable de la mortalidad, se debe a la drástica reducción de las muertes en las edades más jóvenes.

Si bien nacen más hombres que mujeres, la mayor mortalidad masculina propicia que el número de hombres y mujeres se iguale a determinada edad. Pero también en la tabla anterior se aprecia que este incremento de la esperanza de vida no es un fenómeno reciente, pero si sostenido; esto es de suma importancia debido a que nos permite analizar cómo es el comportamiento de la población en nuestro país. Además de ser representativa del estado de salud de la población.

Por lo tanto, el envejecimiento de la población implicará una mayor demanda de servicios de salud, pues en este grupo de edad se presentan mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica que en el resto de la población.

Al mismo tiempo, los padecimientos de la población en edades avanzadas tienden a concentrarse en patologías crónico degenerativas. Por ejemplo, en los últimos veinte años, si analizamos las estadísticas de nuestro país, las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias fueron disminuyendo pero en cambio aumentaron las de carácter crónico y degenerativo, también conocidas como no transmisibles, lo que se ha sumado al incremento de enfermedades cardiovasculares, las neoplasias malignas, la diabetes mellitus.

Bajo este mismo contexto, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 muestra que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos fue de 71.3%, la prevalencia de obesidad del 32.4% en el mismo grupo etario, con mayor prevalencia en el sexo femenino. Y de igual forma la prevalencia de obesidad resultó más elevada (28.5%) en las localidades urbanas que en las rurales (SSA, 2016).

De tal forma, que si seguimos con esta tendencia alimenticia rica en grasas y carbohidratos, sedentarismo, stress, los costos de la atención a la salud de los adultos mayores se incrementarán, debido a que las enfermedades crónico-degenerativas son de más larga duración, implican el uso de terapias basadas en tecnologías y

medicamentos más costosos, y se asocian a periodos de hospitalización más prolongados.

El aumento sostenido y acelerado del número de Personas Adultas Mayores (PAM) tiene efectos en las diferentes dimensiones de la vida, como la salud, la economía y la familia, lo que obliga a tomar las medidas necesarias para su atención. Como:

Fomentar la detección y control de enfermedades y factores de riesgo, así como proporcionar espacios seguros y agradables para el desarrollo de las actividades físicas.

Servicios que ayuden a detener, moderar o revertir esta condición, al tiempo que se deberá ampliar el entorno en la facilitación de la capacidad funcional en la medida en que ésta disminuye. Establecer los principales cuidados geriátricos básicos que el personal de enfermería debe considerar en el cuidado de la persona adulta mayor en los ámbitos ambulatorio y hospitalario.

I.2. Los Grupos de Ayuda Mutua como estrategia de reducción en enfermedades crónicas en el Adulto Mayor

Al igual que otros países de América Latina, el nuestro ha sufrido cambios en la mortalidad y morbilidad, de hecho se ha registrado una disminución de muertes por causas transmisibles y un incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles, lo cual está determinado en su mayoría por la contribución de múltiples factores tales como económicos, sociales, estilos de vida inadecuados y otras problemáticas.

De hecho, la diabetes mellitus en la actualidad se considera como un problema de salud pública en el ámbito mundial, y México al igual que otros países, no escapa a esta problemática; la prevalencia en la población mexicana de 20 años y más es de 10.75%, alrededor de 5.1 millones de personas con diabetes, y el 34%, 1.7 millones

desconoce padecer la enfermedad. (Reis, 2017)

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, alrededor de 30.05% de la población mexicana de 20 a 69 años padece hipertensión arterial y el 61% de los individuos afectados desconocen que tienen la enfermedad. Significa que existen más de quince millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de nueve millones no han sido diagnosticados. Aunado a esto la prevalencia de obesidad en la población mexicana de 20 años y más es de 24.2%, tomando como punto de corte un índice de masa corporal ≥ 30 . (Reis, 2017)

Considero que es de suma importancia poner atención a la obesidad, ya que representa un factor de riesgo de gran peso para el desarrollo de la diabetes e hipertensión arterial, o bien puede ser un factor que agrava o dificulta el control de dichos padecimientos. Lo cual resulta en conjunto con otras patologías no transmisibles un verdadero problema para nuestros Adultos mayores, además de representar un costo elevado para nuestro Sistema Nacional de Salud, representando entonces una de las prioridades para nosotros como personal de salud, ya que si reducimos la incidencia de este tipo de patologías contribuiríamos a tener adultos mayores más sanos que no requieran una gran inversión en salud, pero sobre todo evitaríamos en su mayoría aquellas complicaciones que requieren de tratamientos costosos y de estancias hospitalarias altamente costosas.

Por este motivo es que considero importante la visualización de Grupos de Ayuda Mutua como estrategias para reducir el índice de enfermedades crónicas, tales como Diabetes mellitus, Obesidad e Hipertensión Arterial, enfermedades que en nuestro país representan las principales causas de Morbilidad desafortunadamente.

Los Grupos de Ayuda Mutua fueron creados por la Secretaria de Salud a través del Programa de Salud del Adulto y el Anciano del Centro Nacional de Vigilancia

Epidemiológica y Control de Enfermedades, que los implementaron justamente como una estrategia a través de la cual se estimule a la población a adoptar estilos de vida saludable, sin embargo, siempre se han conceptualizado como la organización de los propios pacientes, bajo la supervisión médica y con el apoyo de ciertos servicios de salud, donde el escenario es una unidad médica donde reciben capacitación para el control de sus enfermedades crónicas, siendo su principal objetivo el garantizar que cada paciente reciba esa capacitación.

Aunado a lo anterior, la formación de estos grupos de ayuda mutua en el primer nivel de atención es una estrategia cuantitativa y cualitativa que nos permite ofrecer un seguimiento y un control a todos esos pacientes que padecen alguna patología crónica, para tener un autoconocimiento, autocuidado y mejoramiento en su autoestima a partir de las recomendaciones que nosotros como personal de salud les hagamos, para llevarlos a reducir las complicaciones derivadas de sus enfermedades de base.

Por este motivo, el presente trabajo tiene como enfoque el crear la estrategia de acercar estos servicios a los domicilios de aquellos adultos mayores que no pueden acudir a una unidad de salud o que por diversas situaciones el acudir les representa un gran problema y termina esto siendo una barrera para poder modificar sus estilos de vida. Por este motivo es que decidí emprender este trabajo en mi comunidad donde así como ocurre a nivel nacional también existe un gran número de pacientes con enfermedades como obesidad, hipertensión arterial y Diabetes mellitus y es bien conocido que un control exitoso de la diabetes y la hipertensión arterial depende no sólo de la administración del tratamiento farmacológico, sino de la modificación de los estilos de vida.

Los objetivos establecidos por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades para los Grupos de Ayuda Mutua son:

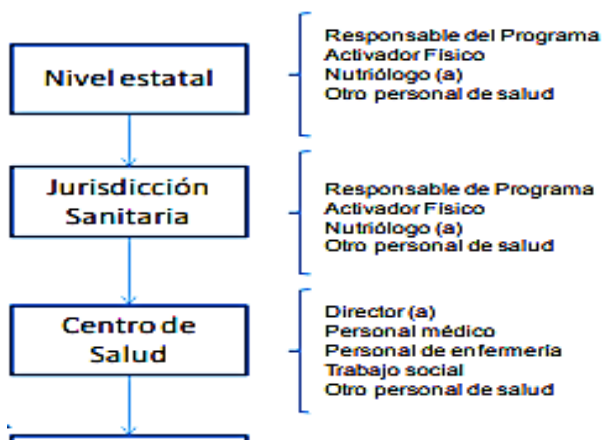
- a) Proporcionar educación a las personas que integran el grupo, con el propósito de contribuir en el control metabólico de la diabetes y otras enfermedades crónicas

no transmisibles.

- b) Estimular la participación activa e informada del paciente, lo que fortalece la toma de decisiones en el cuidado de su salud, favorece el intercambio de experiencias a través de técnicas vivenciales y permite una retroalimentación con la finalidad del control de su enfermedad.
- c) Otorgar al paciente la información necesaria sobre factores de riesgo y complicaciones de su padecimiento; así como fomentar la participación de la familia, incrementar el auto monitoreo, mejorar la calidad de la atención médica, realizar intervenciones tempranas para el control de la enfermedad, impulsar el tratamiento no farmacológico entre los individuos, que considere: el control de peso, el ejercicio físico y una alimentación saludable.

Es importante resaltar los niveles de intervención en los que actúan los Grupos de Ayuda Mutua, ya que de eso depende mucho las acciones que en mi caso quiero enfocar debido a que este tipo de agrupaciones destinadas a conseguir el buen control de pacientes con enfermedades crónicas, suele estar como mencione con anterioridad dentro de una unidad de salud, llamado centro de salud, bajo la línea directa de la Jurisdicción Sanitaria y por ende del Nivel Estatal, como muestro a continuación, sin embargo pretendo que dicho servicio o agrupación sea extramuros rompiendo con ello aquellas barreras que pudiera tener el paciente para acudir a un centro de salud.

Niveles de intervención de los Grupos de Ayuda Mutua y sus responsables



FUENTE: Elaboración propia

La clave de la interacción entre iguales tiene lugar en la comunicación de tipo biopsicosocial inmejorable e insustituible que se suma a la intervención que hacemos los profesionales de la salud, pero que sin lugar a dudas permite que cada integrante del grupo se sienta parte fundamental del mismo y esto contribuya a un mejor apego a las intervenciones que se ejecutan para el mejoramiento de su estado de salud.

De esta manera, entendemos entonces a este tipo de Grupos de Ayuda Mutua como un modelo integral que en su esencia pretende educar a quienes lo integran, beneficiando de esta manera a cada integrante y permitiéndoles contar con los elementos básicos para su autocuidado, es decir sería un eslabón clave de lo que conocemos como Prevención Primaria. Donde posterior a la aplicación de cuestionarios de Factores de Riesgo se les invita a participar a los pacientes a participar en dicho modelo grupal, como medida preventiva en algunos casos y en otros como parte de las actividades de autocuidado para su salud.

Por lo tanto, los Grupos de Ayuda Mutua a través del aprendizaje y el apoyo de los diferentes profesionales de la salud que participamos en la atención de sus integrantes, han conseguido sumarse al tratamiento médico, siendo esto una forma eficaz de crear un ambiente favorable para el paciente.

De esta forma, esta estrategia resulta relevante en el autocuidado de nuestros

pacientes, siendo esta la base del futuro de nuestra sociedad y por qué no, incluso de nuestro sistema de salud, donde la prevención es el pilar de una salud poblacional. Y en mi opinión los Grupos de Ayuda Mutua son funcionales, siempre y cuando se manejen de manera adecuada y sirvan para el bien común, tomando en cuenta los puntos ya mencionados, porque suponen una transmutación de valores hasta ahora muy asentados en la práctica clínica; supone un cambio, pasar de la posición de ver a las personas como consumidores de servicios de salud, a considerarlos como sus principales proveedores. Pasar de la dependencia a la autonomía.

I.3. Políticas en la Atención a los Adultos Mayores

El gobierno tiene mucha tarea en la atención de la población de la tercera edad. Por lo que ha asumido la responsabilidad implementando las siguientes estrategias:

1.- La política de atención integral especializada y promotora de oportunidades contempla una serie de acciones estratégicas orientadas a otorgar recursos económicos a las instituciones de bienestar social que brindan atención a las personas adultas mayores; desarrollo de programas de fomento de estilos de vida saludable; descentralización de los servicios de salud especializados y acreditación de establecimientos de atención al adulto mayor.

2.- La política del derecho de la circulación y los servicios adecuados para las personas adultas mayores, con acciones concretas para la eliminación de barreras físicas en espacios públicos, centros de recreo e instituciones públicas, así como el fortalecimiento de los programas de subsidios en transporte para la población adulta mayor.

3.- La política del derecho de la seguridad social procura avanzar en los esfuerzos por ampliar el régimen no contributivo de pensiones a las personas pobres y para ello tiene como meta, durante el período, la asignación de 10 mil nuevas pensiones del régimen

a las personas pobres.

4.- La política para capacitar a la persona adulta mayor, con el fin de incrementar sus capacidades para la inserción laboral, contempla la ejecución de programas especiales de formación que atiendan poblaciones en riesgo social.

En realidad la transición demográfica constituye un gran reto para toda la sociedad mexicana, por lo cual se debe de trabajar en conjunto para responderles a nuestros adultos mayores.

Una persona que se considere como adulto mayor es definida convencionalmente como toda aquella que tiene 60 o más años. Alrededor de esta edad pueden surgir, dependiendo mucho de las características de cada persona y de su historia de vida, cambios biopsicosociales entre los que se encuentran:

1. Esta etapa es considerada como la última de la vida, por lo que frecuentemente se relaciona con la muerte, cosa que disminuye la motivación y autoestima, afectando los proyectos de vida.
2. Dentro del ámbito laboral se puede considerar poco o nada productiva a esta población, por lo que les resulta muy difícil encontrar trabajo y como consecuencia se ve afectado su estado financiero, o bien, pueden encontrarse jubilados.
3. En la familia, en algunos casos son considerados como una carga, ya que tienen que mantenerlos y cuidar de ellos.
4. Algunos pueden sufrir cambios físicos, emocionales, sociales y biológicos por lo que, de no contar con un apoyo social satisfactorio, tales cambios influyen para

la aparición de trastornos depresivos y otros trastornos emocionales.

En lo que respecta a este último punto, se ha comprobado que cuando los adultos mayores participan en redes sociales de forma activa, logran sentirse mejor que aquellos que no participan y que la creación de vínculos con otras personas sirve de apoyo socioemocional en sus vidas. De manera que la fuente de apoyo que las personas mayores puedan recibir de la familia, del apoyo social informal (vecinos amigos) y del formal (servicios sociales, ayuntamientos, órganos estatales, entre otros) resulta esencial para una vejez feliz y exitosa.

En relación a la importancia de los grupos en la vida de las personas, ésta se ve reflejada desde su nacimiento, ya que al nacer, crecer y desarrollarse siempre se está inmerso dentro de un grupo, como lo pueden ser: la familia, escuelas e inclusive dentro de alguna institución donde se esté laborando o en la que se compartan intereses. Además, dentro de una sociedad siempre van a existir los grupos, ya sean grandes o pequeños, que dirijan nuestras aspiraciones hacia metas concretas, como los familiares, de amigos, laborales, deportivos, religiosos, sociales, entre otros; lo cual pone de manifiesto que una buena parte de nuestras experiencias estarán relacionadas por una u otra causa, con los grupos.

Dentro del mismo grupo, como tal se proporcionan modos de percibir la realidad, como son los valores o estereotipos y/o cómo conducirse ante esa realidad, como las actitudes y las normas. Esto implica que gran parte de nuestros comportamientos se los debemos a la sociedad. Esto hace más sencillo que el grupo también puede contribuir al logro de un cambio emocional para los participantes, es decir, puede servir como un apoyo para conservar o mejorar la salud; esto se logra a través del conjunto o la suma de muchas estructuras emocionales de los integrantes del grupo, de las actividades expuestas, de los silencios, conductas, actividades, diálogos, en donde el grupo va modificando su comportamiento y a través de dichas transformaciones paulatinas, sus

integrantes pueden lograr una estabilidad emocional.

El grupo como dispositivo que contribuye a elevar la calidad de vida de quienes lo integran es auténtico y genuino y, por lo mismo, se recomienda dirigir el aprendizaje en cualquier tipo de población en forma grupal. Dentro de la población de adultos mayores existen cambios importantes como: la jubilación, el alejamiento de los hijos, las muertes de compañeros, de parejas, de amigos, de la autoimagen y otras pérdidas más. Al formar un grupo donde los integrantes tengan características similares les da sentido de pertenencia, ya que actúa como sostén, apoyo y como pilar afectivo, coadyuvando de esta forma a tener un mejor apego en sus tratamientos y un mejor autoestima.

Es necesario resaltar que los participantes de los grupos se perciban en una situación en la que nadie sabe las dificultades por las que están pasando, de esta manera se reúnen con el propósito de ampliar sus propios conocimientos, de aprender de las experiencias de los demás de la misma manera en que consideran que a través de ellas, pueden aprender unos de otros. Además, con el propósito de mejorar su calidad de vida en dimensiones físicas, emocionales. Estos grupos son coordinados en su mayoría por el personal de enfermería, que no necesariamente comparten una condición, síntoma o experiencia igual a los demás miembros, aunque son conocedores de las características del proceso de envejecimiento y contar con la experiencia suficiente para el manejo de grupos. El coordinador, cuando sea necesario, puede dar su punto de vista desde su perspectiva, sin aconsejar ni enjuiciar a los participantes.

Finalmente los grupos de autoayuda son como un foro en donde las personas que están viviendo una situación similar al del otro pueden ventilar entre ellos mismos sus emociones y sentimientos, comparten sus experiencias y entre ellos mismos se ofrecen apoyo. Además este tipo de grupo de apoyo o autoayuda tiene como objetivo fundamental ofrecer a los participantes el reconocimiento y solución de un problema común, encontrar e intercambiar apoyos, poder procesar algún tipo de duelo, reto o

enfermedad, lo que permitirá rescatar las capacidades de las personas.

I.4. Los Niveles de Prevención y su importancia en la prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo

Derivado de que los adultos mayores representan un grupo de la población que va en incremento, su estado de salud depende de muchos factores, no solamente físicos, sino cognoscitivos y sociofamiliares, radicando en esto la importancia de poderles ofrecer los medios necesarios para ejercer un mejor control sobre su salud y mejorarla cuando por algún motivo se ha visto deteriorada, esto con el fin de lograr un envejecimiento exitoso, sin discapacidades, con la menor carga de enfermedades posibles y en caso de poseerlas, que el adulto mayor pueda mantenerlas controladas, intentando mantener en todo momento su autonomía y buena calidad de vida.

Por este motivo el presente capítulo tiene como propósito establecer cuáles son las diferencias conceptuales de la Atención Primaria a la Salud, retomar sus orígenes y precisar la diferencia entre Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud, actividades que son pilares en el Primer Nivel de Atención y son las que se enfocan para mi trabajo con los adultos mayores.

Hay que tener en cuenta el origen de la Atención Primaria a la Salud, recordemos que es una estrategia que fue definida en la conferencia de Alma Ata en el año de 1978, donde los países que conformaban la UNICEF y la OMS se reunieron en la Unión de Republicas socialistas(U.R.S.S.) para establecer los avances de definir aquellos modelos biomédicos que estuvieran basados en la promoción de la salud, fueran preventivos de enfermedades y esto beneficiara a la población, con el objetivo de alcanzar la meta “Salud para todos en el año 2000”, lo cual tras veinte años que han

transcurrido hemos visto no fue posible alcanzar por múltiples razones y que incluso en la actualidad seguiremos con dificultades para cumplir este y otros de los hoy establecidos como Objetivos de Desarrollo Sostenible, que aunado a la pandemia por SARS-Cov 2 se han visto en retroceso.

Bajo este contexto, y ante el escaso éxito necesitamos retomar la importancia de la Atención Primaria a la Salud, ya que como sabemos se trata por definición de la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

De tal forma, para que de manera racional se logre destinar los recursos necesarios en garantizarle a la población de nuestro país una adecuada atención primaria a la salud a través de la creación de políticas, estrategias y planes de acción nacionales con el objeto de que forme parte de nuestro sistema nacional de salud. Porque la Atención Primaria a la Salud es una estrategia sin distinción de clases sociales, la cual va dirigida a todos los sectores, por lo tanto, puedo destacar como parte de sus elementos esenciales el suministro de alimentos y por ende que la población tuviese una nutrición adecuada, el saneamiento básico aunado a contar con agua potable, la planificación familiar, la atención materno infantil, el suministro de medicamentos y la detección y tratamiento oportuno de enfermedades.

Sin embargo, en la actualidad en nuestro país los modelos de salud que predominan tienen una tendencia a la atención de grupos etarios de jóvenes y niños e incluso adultos, dejando de lado la atención al adulto mayor, quienes son tratados como grupo homogéneo, independientemente de la edad, condicionando una situación de vulnerabilidad en materia de atención, lo cual se traduce como un riesgo para la salud de esta población, es por ello que deseo resaltar la necesidad de direccionar las

acciones de esta estrategia para el beneficio de nuestros adultos mayores, ya que si lo logramos mejoraremos su calidad de vida de este grupo etario, y no solo eso sino que disminuirémos la tasa de mortalidad a causa de patologías crónicas.

La atención de enfermería es parte fundamental y decisiva en el otorgamiento de los servicios de salud que los adultos mayores reciben; la mayoría de ellos tiene una “Buena” o “Muy buena”, percepción de la atención de enfermería. Esto otorga al personal un lugar privilegiado desde el cual pueda brindar su conocimiento científico hacia una atención holística que beneficie al adulto mayor (Alvarez, 2010).

Para poder ejecutar actividades preventivas en los adultos mayores, se deben tener en cuenta diferentes aspectos, considerando no solo el riesgo de enfermar, sino las ideas de los adultos mayores, sus sentimientos, sus expectativas y la alteración de las funciones por el propio proceso de envejecimiento, así como el contexto que vive cada adulto mayor. De tal forma que entendamos a la prevención como ese conjunto de medidas tomadas para anteponerse a los riesgos que favorecen que se produzca una enfermedad, con objeto de impedir que estos actúen, o bien limitar sus efectos nocivos sobre el individuo.

Siendo entonces lo necesario no sólo para evitar la enfermedad sino también de detener tanto como sea posible, el deterioro de la salud una vez que se ha producido. Por lo tanto cuando se atiende a este grupo etario se necesita hacer énfasis en los factores de riesgo que presentan, y hay que visualizarlos como un grupo de riesgo, en este caso por ello pretendo con este trabajo acercar todas las acciones de Prevención Primaria para evitar que desarrollen alguna enfermedad crónica, y aquellas actividades secundarias que en el campo de la enfermería nos permiten evitar que los pacientes tengan una evolución desfavorable.

Recordemos que la Organización Mundial de la Salud ha definido los Niveles de Prevención de la siguiente forma: prevención primaria, secundaria y terciaria, y cada

uno de estos comprende acciones específicas que fueron descritos inclusive en el modelo de la Historia Natural de las Enfermedades propuesto por Leavel y Clark como describo a continuación.

- **Prevención Primaria.**- Corresponde a todas las acciones que nosotros como personal de salud realizamos con el fin de disminuir la incidencia de cualquier enfermedad en una población, lo cual para mi trabajo corresponderá a todas esas intervenciones que realizare justamente para evitar que se incremente la incidencia de enfermedades cronicodegenerativas en una comunidad dentro del estado de México, específicamente dentro del municipio de Nezahualcóyotl.

Aquí haré uso de la promoción de la salud para la prevención de enfermedades con el objetivo de que esa población aparentemente sana, no tenga riesgo de presentar nuevos casos de estas patologías.

- **Prevención Secundaria.**- En este caso la Prevención Secundaria se refiere a todos esos actos que buscan disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, reduciendo no solo su evolución sino también la duración de esta. Por lo que considero fundamental que durante las fases que realice en mi trabajo mis actividades de detección permitan mediante tamizajes de enfermedades crónicas para realizar diagnósticos oportunos que permitan que aquellos usuarios en los cuales detecte alguna alteración puedan recibir un manejo oportuno y eficiente; debido a que las enfermedades crónicas son altamente prevalentes entre los adultos mayores y se mantienen como un factor de riesgo subyacente para padecer otro tipo de patologías.

- **Prevención Terciaria.**- Con la finalidad de disminuir la prevalencia de las incapacidades producidas por las enfermedades, es que existe este Nivel de Prevención, resultando fundamental para prevenir nuevas complicaciones y mejorar el grado de incapacidad, realizando acciones que tienen por objetivo la rehabilitación y especialmente la reinserción social del individuo.

La Prevención Primaria y Primer Nivel de Atención no son sinónimos, en cada nivel de atención, primero, segundo y tercero se pueden desarrollar todos los niveles de prevención. Por ejemplo en el primer nivel se pueden desarrollar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, tal es el caso de la prevención terciaria en cuanto a acciones de rehabilitación en el primer nivel de atención.

Otros de los aspectos a considerar para procurar la mejor condición de salud en la población que envejece, es abordar tempranamente la condición de fragilidad, entendida como el síndrome biológico de vulnerabilidad al cual se llega por el declive acumulado de los mecanismos fisiológicos, con pérdida progresiva de la capacidad homeostática, originando que el paciente no pueda enfrentar condiciones estresantes como infecciones, traumatismos, hospitalizaciones, entre otras (Elizabeth, 2016).

Bajo este contexto lo que pretendo al ser parte de un Primer Nivel de Atención, es poder centrarme en las acciones de Prevención Primaria, quizás un poco de Prevención Secundaria, al formar un grupo de ayuda mutua dentro de la comunidad, donde pueda fomentarlas acciones de autocuidado entre los adultos mayores de mi comunidad y de esta forma prevenga síndromes geriátricos como el de la fragilidad, apoyando con ello desde el trabajo de campo a mi coordinación para disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas en mi área de responsabilidad; que además para mi es indispensable que nuestros adultos mayores puedan prepararse para afrontar el envejecimiento y tener una sociedad más amigable.

Por lo tanto, la realización de detecciones en los adultos mayores constituye un aspecto fundamental de los programas en el primer nivel de atención, donde se atiende a más del ochenta por ciento de la población que tiene necesidad de acudir por alguna razón a una institución de salud. Lo cual se articula con el cuidado que nosotros como profesionales de la salud en enfermería brindamos a los adultos mayores.

Asociado a lo anterior, tenemos que enfrentarnos día con día a las barreras que

tenemos en las diferentes unidades de atención primaria a la salud en México, debido a que presentan una estructura insuficiente que pueda garantizar una atención de calidad y segura para este grupo etario. La mayoría carece de rampas de acceso en adecuadas condiciones, suficientes lugares de estacionamiento y elevadores para discapacitados, así como consultorios amplios con capacidad de permitir el acceso de sillas de ruedas, entre muchas otras deficiencias que afectan diariamente a los adultos mayores.

Por este motivo debemos realizar promoción a la salud no solo entre la población usuaria de nuestro Sistema Nacional de Salud, sino que también entre el mismo personal de salud, de las diferentes áreas con el objetivo de mejorar la atención que se le brinda a los usuarios de las diferentes instituciones que lo conforman. Finalmente vale la pena enfatizar que la Atención Primaria a la Salud es aplicable en todos los niveles de atención y que en cada Nivel de Atención se puede desarrollar todos los niveles de prevención.

1.5 Ámbitos de actuación de la Enfermera Comunitaria

La enfermería comunitaria se caracteriza por la aplicación de los conocimientos de enfermería con el fin de aumentar el nivel de salud de la población mediante la participación de ésta y dentro de un equipo conformado por profesionales de la salud, fundamentalmente encargados de la promoción, prevención y rehabilitación, movilizandolos todos los recursos individuales y de la comunidad para ayudar a ésta a alcanzar mejores índices de salud.

Bajo este contexto, la enfermería en salud comunitaria representa la síntesis y la aplicación de todos los conocimientos aprendidos durante la carrera, de las técnicas científicas cuyo enfoque es la promoción, restauración y conservación de la salud comunitaria como mencione anteriormente. Pero para esto se debe trabajar directamente en la comunidad, lo cual es fascinante, al menos yo que lo he hecho durante años puedo comentarles que la salud comunitaria demuestra el más alto grado de profesionalismo, ya que se deben poseer cualidades valiosas para que la población permita que le atiendas en sus hogares, tales como confiabilidad, responsabilidad,

dedicación y experiencia.

En la enfermería comunitaria el proceso de cambio conductual y actitudinal es un proceso complejo que implica no solo aprender algo nuevo, sino olvidarse de los hábitos y aprendizajes que están muy arraigados en la personalidad, en las relaciones sociales del individuo y en la cultura de la misma comunidad. Por lo tanto, cualquier programa con el que se pretenda lograr un cambio cultural deberá incorporar estrategias que consideren el determinismo recíproco entre sujeto, comportamiento y situación. (Costilla Alba , Chamorro Vázquez, & Herrera Martínez, 2018)

En mi opinión el trabajo comunitario de enfermería representa un eslabón decisivo en la interacción de los servicios de salud y la comunidad porque posibilita la identificación de necesidades materiales y espirituales de las personas como factor de estimulación para su incorporación activa a la transformación económica, social, política y ambiental de su entorno. Es por ello que considero que este trabajo debe valorarse como una necesidad del desarrollo de la comunidad por lo que debe formar parte de la planeación estratégica del desarrollo de la localidad, de tal manera que se ajuste simultáneamente a nivel macro y micro social, preservando su autoctonía y sobre todo su carácter participativo.

En este capítulo me interesa también destacar los ámbitos de actuación de la enfermera comunitaria: la comunidad, la familia y la persona. Las actividades que realiza el personal de enfermería en su práctica profesional están encaminadas a identificar sus necesidades y problemas. El objetivo de un enfermero(a) comunitaria es lograr involucrar a las personas, como miembros que se forman en una familia y pertenecen a una comunidad, en el desarrollo de proyectos relacionados con la salud y el bienestar de la población.

El centro de salud es la estructura funcional y física en la que se desarrollan las

actividades propias de la atención primaria de salud en los terrenos de promoción, prevención, asistencia curativa, rehabilitación y reinserción social, así como en el de la participación comunitaria; sus funciones han de permitir que se plasmen de forma programada las grandes líneas de actividad y de aquellas otras necesarias para el análisis inicial y vigilancia posterior de la situación de salud de la comunidad atendida. De igual manera este espacio no es más saludable cuando cuenta con mayor número de personal, sino cuando sus profesionales son capaces de realizar actividades de prevención y promoción, sean accesibles y se adapten a las necesidades de los usuarios.

II. DESCRIPCIÓN DEL PUESTO O EMPLEO

2.1. Funciones de la Enfermería en la Atención Primaria a la Salud

La OMS, inquieta por la disminución del personal de enfermería, del número de candidatos para estudiar la profesión y por las consecuencias que para el futuro esto ocasionaría, insta a los estados miembros a que tomen medidas para evitar la escasez

de este personal en el futuro, a mejorar la calificación del personal de enfermería, a que estas sean nombradas en altos puestos de liderazgo y gestión, que apoyen la realización de investigaciones sobre métodos más eficaces para utilizar estos recursos humanos, y a que proporcionen el apoyo necesario a este personal para la realización de las actividades (Mayra, 2013).

Tomando en cuenta lo anterior, es entendible que la Atención Primaria a la Salud se trata de una estrategia eficaz en la promoción de mejoras equitativas en materia de salud, esto en conjunto con la Comisión Permanente de Enfermería han logrado crear un proyecto para replantear la participación de la enfermería en el Primer Nivel de Atención. Con el fin de fortalecer las acciones de enfermería que estuviesen centradas en el individuo, la familia, la comunidad y así propiciar una atención segura y de alto impacto.

Cabe señalar, que si lo analizamos detenidamente esto responde bastante bien al Plan Nacional de Salud, el cual está centrado en intervenciones integrales e integradas, por ende con este trabajo pretendo fortalecer las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, mediante la incorporación de acciones efectivas en conjunto con acciones comunitarias para el desarrollo de una atención integral de alto impacto para los adultos mayores de mi comunidad.

Es por ello, que considero que el restablecimiento de la Atención Primaria a la Salud como estrategia de desarrollo en nuestro actual Sistema Nacional de Salud es una acción fundamental para lograr modificar las condiciones de salud de la población, con énfasis en nuestros adultos mayores, que representan para mí un grupo que requiere nuestra atención. En este sentido, el papel de nosotros se concibe para la Atención Primaria a la Salud como algo más que solo la toma de signos vitales y la aplicación de biológicos, considero que significa un cambio en la manera de conceptualizar incluso el cuidado de la enfermería y una trascendencia de nuestras acciones en el ámbito de la salud.

La atención que nosotros brindamos bajo el contexto de la Atención Primaria se ha logrado aplicar en diferentes contextos, sin embargo existen aspectos esenciales que caracterizan la consulta de enfermería en Atención Primaria, tal como son: que debe ser realizada por un profesional de enfermería, se puede atender a población sana o a población con problemas de salud, existe una relación y atención directa con el usuario y por último se realiza el registro de las atenciones brindadas.

La práctica de la atención primaria a la salud cambia el énfasis del diagnóstico de la enfermedad al diagnóstico de los riesgos del individuo. Para ponerla en práctica se requiere de un inventario de los factores de riesgo de los individuos de una población, que después habrá de derivarse a la prevención de estos en cada individuo y cada familia

Como consecuencia de esta relevancia mencionada en la ejecución de las acciones derivadas de la función de nuestra profesión, destaco que es imprescindible desarrollar cuidados de la población con suficiente independencia y responsabilidad, para que de forma coordinada con el resto de profesionales que forman parte del equipo de Atención Primaria y que también trabajan en el campo de la salud, asuman de igual forma las actuaciones que deriven de sus intervenciones que realicen con la población.

Tanto en el ámbito rural como en el urbano se han instrumentado programas de atención primaria, algunos sustentados en personal médico, y otros en pasantes de servicio social, personal técnico y auxiliares; cuyas acciones han tenido como objetivo resolver la problemática de salud existente; sin embargo, han contribuido a configurar una estructura heterogénea, carente de uniformidad y relación que dificulta su organización y control.

En nuestro país, se han creado diversos instrumentos normativos para que los servicios de salud incorporen programas dirigidos a zonas marginadas o rurales, por lo que el Estado de México desde 1977 desarrollo el llamado Programa de

Adiestramiento de Auxiliares de Salud en el Estado de México que tenía como finalidad primero reclutar a personas que fungieran como auxiliares de salud en el Primer Nivel de Atención y segundo el visualizar las necesidades de salud de las localidades. Posteriormente para ampliar la cobertura de servicios a un mayor grupo de población se le cambio el nombre a Programa de Desarrollo Integral de Atención Primaria a la Salud, el cual se mantuvo durante varios años enfocado a aquellas áreas marginadas de grandes urbes por lo que conforme transcurría el tiempo aumentaba el número de recursos de dicho programa.

Luego para 1995 este programa vuelve a cambiar de nombre y operó a nivel nacional, contratando ahora personal como yo, que bajo el Profesiograma del Instituto de Salud del Estado de México o incluso dentro del Catálogo Sectorial de Puestos de la Secretaria Federal estamos catalogados como Técnicos en Atención Primaria a la Salud (TAPS), pertenecientes a la Rama Paramédica.

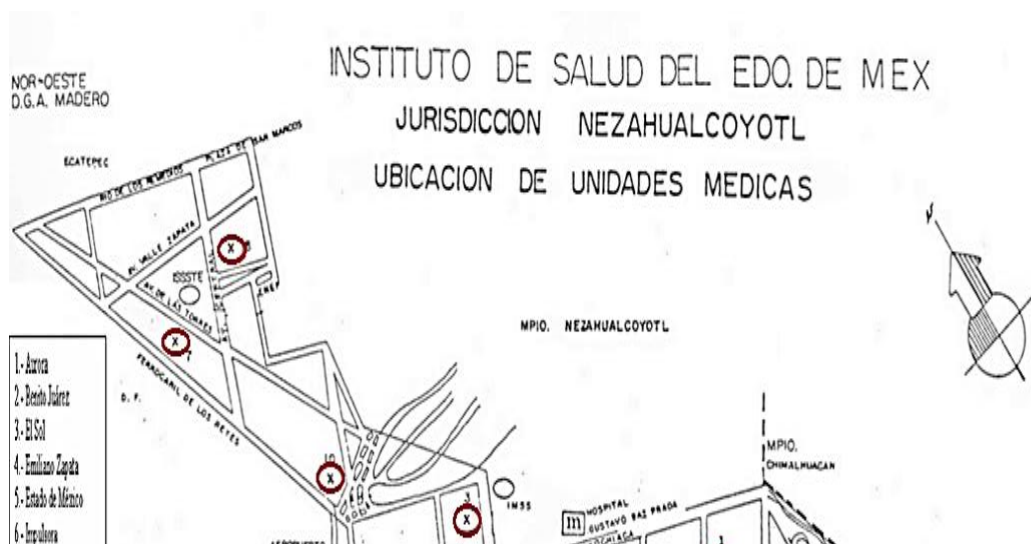
Para entender de mejor manera el papel que representamos dentro del Instituto y dentro del Estado de México, debemos visualizar que cada Jurisdicción Sanitaria se divide en Coordinaciones Municipales de Salud para dirigir el trabajo operativo de las unidades médicas de primer nivel que se ubican dentro del territorio del Estado de México.

Las Unidades médicas que pertenecen a estas coordinaciones municipales tienen como objetivo el otorgar los servicios de atención primaria de salud a la población abierta en el área geográfica determinada, con la finalidad de prevenir, diagnosticar y dar tratamiento a algún padecimiento que ponga en riesgo la salud de la población.



FUENTE: MANUAL DE ORGANIZACIÓN TIPO DE CENTRO DE SALUD. ISEM 2008

Cabe señalar que todas las Jurisdicciones Sanitarias dentro del Estado de México están divididas en Coordinaciones Municipales y cada una de estas tiene varias unidades médicas a su cargo, con excepción de la Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl, en la cual cada Coordinación cuenta únicamente con 1 o 2 unidades médicas a su cargo, debido a su extensión territorial pero sobre todo a la población que maneja, la cual es por arriba de un millón de habitantes, como se muestra en el siguiente mapa.



FUENTE: Departamento de Planeación Jurisdicción Nezahualcóyotl (2021)

En mi caso como mencione en el capítulo anterior, presto mis servicios como profesional de salud en el Centro de Salud Maravillas, del Instituto de Salud del Estado de México.



Clave Clues: MCSSA004342

Nombre de la Unidad: COL.MARAVILLAS

Unidad:

Jurisdicción: NEZAHUALCOYOTL

Municipio: NEZAHUALCÓYOTL

Localidad: CIUDAD NEZAHUALCOYOTL

Domicilio: CALLE 17 S/N, COLONIA MARAVILLAS

Referencias: ENTRE CALLE AMECAMECA Y CALLE SULTEPEC, A 40 METROS DE LA BIBLIOTECA PÚBLICA JOSÉ VASCONCELOS

CP: 57410

Tipo de Unidad: UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA

Tipología: URBANO DE 07 NÚCLEOS BÁSICOS

Horario: CONSULTA EXTERNA: LUNES A VIERNES DE 8:00 A 22:00

FUENTE: https://salud.edomex.gob.mx/isem/at_unidades_medicas&cveunidad=MCSSA004342 [fecha consulta 09.08.2021]



FUENTE: C.S. Maravillas 2021

De igual manera, es importante destacar que cada uno de nosotros, trabajamos bajo este Modelo de Atención Primaria a la Salud de la Población Abierta del Estado de México, y nos encontramos a cargo de una microrregión, que en mi caso es el AGEB 114-7, sector II, ubicado en la Colonia las Palmas dentro del Municipio de Nezahualcóyotl, dentro de la Coordinación Municipal Maravillas, como se observa en el siguiente mapa, donde ya llevo laborando con el mismo código 12 años como personal de base.



FUENTE: Google Maps [fecha consulta 09.08.2021]

La coordinación Municipal Maravillas cuenta con siete colonias: Maravillas, Nezahualcóyotl, Porvenir, Volcanes, Juárez Pantitlán, México segunda sección y Las Palmas.

La comunidad que tengo a mi cargo y que pertenece a la coordinación Municipal Maravillas, se encuentra ubicada en un área muy cercana a la unidad médica, sin embargo para llegar a ella se debe realizar por transporte local (moto taxi, taxi o vehículos particulares) de lo contrario el recorrido a pie es de aproximadamente 20 minutos; comprende el entorno geográfico de la AGEB 114-7 SECTOR 2 Las manzanas que se localizan en el entorno de la escuela mencionada son:

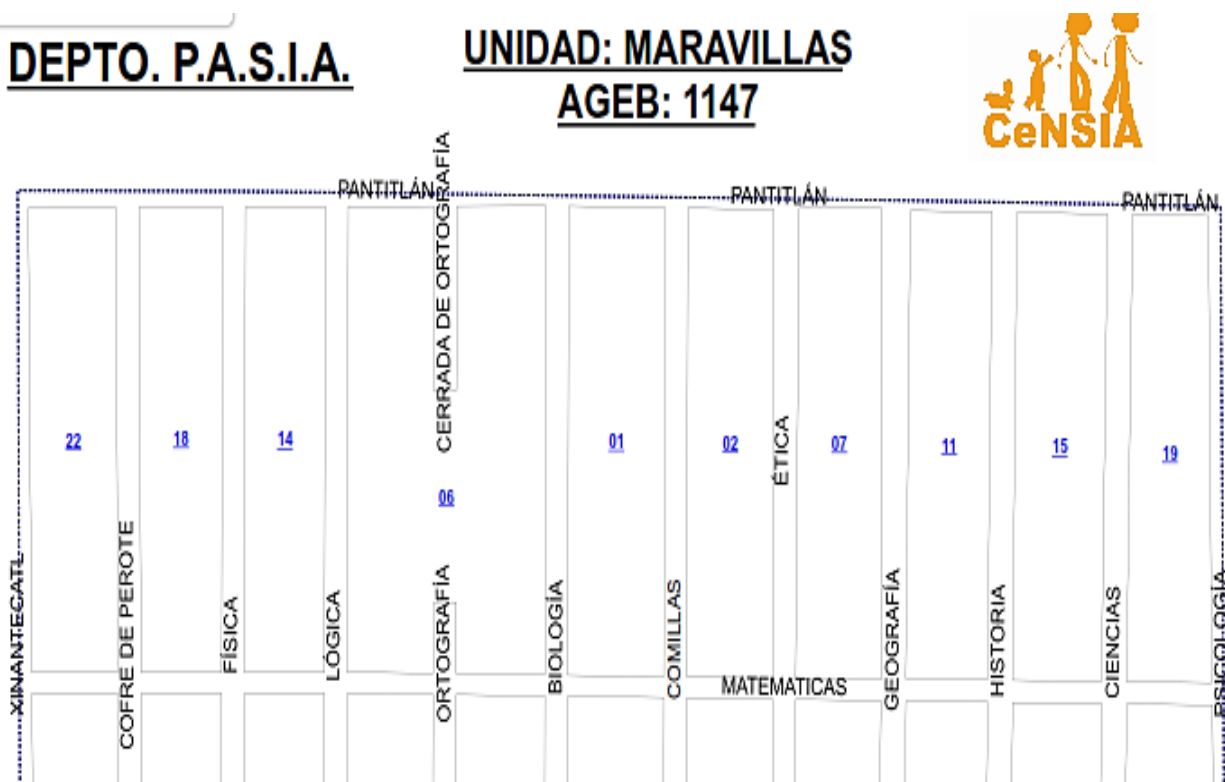
22,18,14,06,01,02,07.

La coordinación Municipal Maravillas se localiza asentada en la posición oriental que anteriormente se consideraba como la Cuenca de México en el oriente el cual era el Lago de Texcoco y su ubicación geográfica es la siguiente 10° 36´ de longitud norte y 98 de longitud oeste del meridiano de Greenwich.

Esta Coordinación Municipal tiene los siguientes límites: al norte por Avenida Chimalhuacán, al sur con la Avenida Texcoco, al oriente con la Avenida Riva Palacio y una parte de la Avenida Cuauhtémoc y al poniente con la calle siete (Periférico), y dista de .9km de la Ciudad de México.

Se comunica con la Ciudad de México, por la Avenida Texcoco y la Avenida Ignacio Zaragoza por la parte sur y la avenida siete por la parte oriente; la Coordinación Municipal de Maravillas abarca una extensión de 5.1km Y se encuentra a una altura de 2240m sobre el nivel del mar.

Cada Técnico en Atención Primaria a la Salud tiene a cargo un área geográfica; como se observa en el siguiente croquis en lo personal cuento con 10 manzanas a mi cargo las cuales mencione con anterioridad.



FUENTE: Departamento de PASIA Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl 2021.

Está constituida en el área de cobertura mínima que cada uno de nosotros tenemos a nuestro cargo, con una población aproximada de 2,500 a 3mil habitantes en zonas rurales y de hasta 5 mil habitantes en zona urbana como es mi caso; población a la cual debo vigilar y promover su salud.

Teniendo como responsabilidades las que a continuación menciono y que nos las dan a conocer en el área de Recursos Humanos a nuestro ingreso a laborar, mismas que están plasmadas en el Profesiograma del Instituto de Salud del Estado de México:

- Prepararse mediante una capacitación continua que se proporcione en el Centro de Salud y mantenerse actualizado para un eficaz, efectivo y eficiente desempeño de las actividades de salud a la comunidad.
- Conocer y delimitar la zona del AGEB bajo su responsabilidad, representándola gráficamente en un croquis numerando las manzanas, ubicando las casas y zonas naturales y riesgos específicos.
- Identificar el número total de la población por grupos de edad y sexo, actualizándola anualmente y representándola gráficamente, así como el padrón

familiar existente.

- Elaborar y actualizar el diagnóstico de salud de la comunidad, especificando los riesgos individuales y familiares como base para la programación. Elaborar y actualizar la tarjeta de visita familiar.
- Participar en la programación de actividades de salud, en base al conocimiento pleno de los factores de riesgo, tanto individual como familiar y comunitario.
- Mantener el control de las 500 familias de población abierta que forman el AGEB, con pleno conocimiento y notificación de las que salen y llegan.
- Visitar a todas las familias del AGEB cuando menos dos veces al año, con énfasis en aquellas que se consideran de riesgo.
- Acudir el número de veces necesarias a los hogares de las familias que por sus características de riesgo así lo ameriten.
- Participar directamente con los integrantes de las familias para el desarrollo de actitudes y aptitudes que favorezcan el pleno ejercicio de la salud. Organizar a los líderes formales e informales de la comunidad, para favorecer la participación de comités y grupos organizados para el desarrollo de tareas inherentes al cuidado de la salud individual y colectiva, así como de saneamiento básico.
- Realizar una comunicación educativa eficaz y demostraciones en el campo de la educación para la salud, correspondientes a los factores de riesgo, la prevención de enfermedades y al cuidado de la salud, con las familias y grupos organizados de la comunidad.
- Identificar en la comunidad, el tipo y temporada de alimentos que se producen para orientar su producción, utilización y consumo, con énfasis en los grupos de edad en riesgo.
- Capacitar, con verificación del aprendizaje, a las madres en el cuidado de la salud de su familia, con énfasis en los niños menores de cinco años.
- Aplicar inmunizaciones y asegurar que el 100 % de los niños menores de cinco años, cuenten con su esquema completo de vacunación, con énfasis en los menores

de un año.

- Detectar desde el primer trimestre del embarazo y canalizar al centro de salud en base a la evolución fisiológica, a todas las mujeres embarazadas de su AGEB, detectando oportunamente riesgos para la madre y el niño, para su referencia inmediata a la Unidad Médica.
- Desarrollar acciones de prevención y control de cada uno de los Programas de Salud, que aplica el Instituto de Salud del Estado de México, en virtud del conocimiento de los riesgos y de las enfermedades en su AGEB. Registrar e informar sobre las actividades realizadas en forma veraz, completa y oportuna, en los formatos específicos de cada programa apoyándose del Sistema de Información en Salud electrónico o manual.
- Promover la utilización de los servicios que se otorgan en la Unidad Médica. Coordinar las actividades de prevención y control oportuno de las enfermedades infecciosas con el Médico de la Unidad y/o el Coordinador Municipal de Salud, así como de control de pacientes y sus contactos que así lo requieran de acuerdo a su padecimiento.
- Detección y aplicación del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) a los pacientes con tuberculosis. Notificar casos, brotes y epidemias de manera oportuna, completa y veraz, de las enfermedades contempladas en la Norma Oficial Mexicana para la vigilancia epidemiológica.
- Participar en la acreditación de la Unidades Médicas.
- Realizar referencia de pacientes sanos y enfermos de la comunidad a la Unidad Médica y dar seguimiento a los pacientes contra referidos de Unidades de mayor complejidad del 1º., 2º y 3er nivel de atención. Proporcionar, controlar y capacitar a las madres sobre el complemento alimenticio al usuario.
- Mantener su persona y su área de trabajo organizada y limpia.
- Controlar el uso de los medicamentos, material e instrumental a su cargo.

En este sentido, como puede observarse en lo antes enlistado, mi trabajo es la aplicación de la Modalidad de Enfermería Ambulatoria más compleja y amplia, ya que lo más importante es lograr una comunicación asertiva con nuestra población, en este caso me seguiré enfocando en lo referente a los adultos mayores con quienes he establecido una interacción que precisa el establecimiento de la relación terapéutica, garantizando con ello la responsabilidad de ambos en el marco de su tratamiento.

Por lo que nosotros como enfermeros tenemos un papel relevante en el equipo de atención primaria que se ha visto reforzado con la puesta en marcha de iniciativas y experiencias novedosas en la prevención y promoción de la salud y sobre todo al centrar su objetivo de atención en la promoción y el abordaje de los problemas de autocuidado realizando todo ello a través en el contexto de nuestra actividad profesional: el centro de salud, el domicilio de las personas y la comunidad.

Mis actividades en comunidad van encaminadas a lo largo de estos 12 años ha constado en realizar la vigilancia epidemiológica de las familias en la AGEB 114-7, detectando y notificando problemas relacionados con la salud, lograr el autocuidado de la salud familiar para promover estilos de vida saludables entre la población; mantener la salud de la población mediante acciones oportunas que permitan transformar las condiciones de salud a partir de una situación dada y programar actividades permanentes conjuntamente con la familia para el fomento de la salud familiar, del medio ambiente y de la vivienda.

La consulta de enfermería que otorgo en mi comunidad se caracteriza por brindar Atención Domiciliaria a personas que son usuarios del centro de salud Maravillas, a quienes visito en sus hogares para seguimiento de sus padecimientos crónico degenerativos, sus esquemas de vacunación, sus envíos a segundo nivel de atención médica para descartar retinopatías u otras patologías según sea el caso.

Esta actividad es programada, e implica a todo el equipo de atención primaria

con una visión integral del individuo, considera a la familia como unidad, con carácter de continuidad, de cuidados, potencia la autorresponsabilidad en salud del usuario y familia, así como el autocuidado e incluye elementos de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción social. Para potenciar el desarrollo de esta actividad es necesaria la conexión funcional entre los servicios sociales, recursos comunitarios y el equipo de salud. En esta modalidad nosotros los enfermeros somos la máxima responsable de los cuidados a domicilio. La visita domiciliaria es nuestro instrumento base para el desarrollo de la atención domiciliaria.

En mi caso diariamente realizo visitas domiciliarias, las cuales son actividades que surgen en el contexto de una planificación previa que hago mediante un cronograma semanal, donde establezco mis actividades diarias por programa; mediante esta modalidad le proporciono cuidados a las familias adscritas a mi cargo en el propio domicilio familiar. Esta actividad está enfocada a prestar cuidados integrales a aquellas familias que forman parte de un grupo de riesgo derivada de la etapa del ciclo vital en el que se encuentra, o por sus características sociales o derivado de un problema de salud, incluyendo aquellas personas que por determinados motivos no pueden acudir al centro de salud; haciendo extensible así las actividades del mismo a la familia y su entorno, favoreciendo la captación e integración de la unidad familiar en el centro.

La visita domiciliaria permite a la familia y a sus miembros recibir mi atención brindo educación para su autocuidado, estableciendo una relación más estrecha entre el sistema sanitario y el usuario. En este caso a través de las visitas domiciliarias puedo valorar las necesidades de cuidado del individuo y su familia, conocer el entorno en el que se desenvuelve y los estilos de vida, y adecuar los cuidados a los recursos disponibles. Cabe destacar que la visita debe ser planificada, y programada, conviene aplicar una metodología para el desarrollo de la misma, haciendo más eficaces los cuidados de enfermería. Debe tener cuatro etapas que son: planificación, introducción a la familia, desarrollo y registro.

Una vez en los domicilios, brindo Educación para la Salud que de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. Abordo no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria.

Así pues, la Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud. La Organización Mundial de la Salud enfoca la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, en el cual la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje, centrándolo no sólo en los conocimientos sino también en el saber hacer.

Bajo este contexto, mis actividades laborales representan la Atención Comunitaria que dentro de la enfermería es vital para preservar la salud e grupos poblacionales dentro de zonas geográficas. En este sentido participo cada año en las vacunaciones de adultos de forma permanente y también en Jornadas de Salud, realizo de manera mensual campañas de cribado (detección o diagnóstico preventivo) de enfermedades crónicas, acudo bimestralmente a la Primaria y Secundaria que se localiza en mi comunidad para llevar programas de salud escolar dirigidos a fomentar la salud de los niños y adolescentes y atacar los principales problemas de salud en esas edades. De forma diaria realizo visitas domiciliarias para conocer y fomentar la salud de todos los integrantes de las familias que viven en mi comunidad, para lo cual tomo signos

vitales, realizo pruebas de glucosa capilar, tomo somatometría en sus casas, inclusive 1 vez al año vacuno a sus mascotas contra la rabia o antes en caso necesario.

Todas estas actividades las planifico semanalmente para tener un orden y dar seguimiento puntual a cada una de ellas. Obviamente para poderlas ejecutar es necesario diario llegar a la unidad de adscripción por los insumos, papelería necesaria para poder realizar las actividades programadas, mismas que son plasmadas en un cronograma de actividades que mencione con anticipación.

De acuerdo a mi programación realizo el recorrido de mi comunidad asignada (AGEB) con el objetivo de coadyuvar en el diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades transmisibles como diarreas, infecciones respiratorias agudas, parasitosis intestinal y dengue; y en particular la detección oportuna de enfermedades crónicas, ya que en mi experiencia laboral he encontrado personas que se saben sanas pero cuando las he tamizado obtienen datos que califican de acuerdo a la normatividad vigente en casos de enfermedades crónicas, requiriendo por ende mi envío oportuno al C.S. Maravillas para su pronta atención médica.

Asimismo, con el apoyo de los formatos se realiza el levantamiento y registro de datos del ámbito familiar mediante la Tarjeta de Visita Familiar (TVF), cuyo procedimiento se explica más adelante y el ambiental se realiza mediante la observación del medio o bajo la investigación de este recurriendo a fuentes documentales propias de la comunidad. Una vez que se tienen los datos, con el equipo de salud se hace una clasificación, codificación, tabulación y presentación de todos los resultados cualitativos y cuantitativos encontrados.

Detectados los problemas me enfoco en realizar actividades que incidan en la mejora, después evaluo los fenómenos de salud-enfermedad en forma concreta, esto me permite tener la posibilidad de predecir cuál será la situación que tendrá a futuro la comunidad de estudio con o sin la intervención de los servicios de salud, es decir, ¿se elevará y mejorará su nivel de salud, se mantendrá o empeorará? Esto dependerá de

las decisiones y acciones que en particular yo realice en este lugar. Para beneficio de la niñez, los Técnicos en Atención Primaria a la Salud tenemos como labor completar los esquemas de vacunación, operar programas para prevenir la desnutrición, dar seguimiento al crecimiento y desarrollo de los infantes.

Proporcionar atención materno-infantil y de planificación familiar; en lo que también destacó la importante labor de vigilar y controlar embarazos, detectar y referir embarazos de alto riesgo, dar seguimiento y control de las mujeres durante el puerperio, así como brindar orientación y consejería sobre métodos de planificación familiar y otorgarlos a todos los pacientes que así lo requieran.

Después del recorrido diario se actualiza en censo nominal las acciones otorgadas de vacunación y se señala en el croquis con alfileres o tachuelas de colores los lugares de interés para la salud, a lo que conocemos como mapa epidemiológico, donde podemos tener todos los casos identificados de las diferentes patologías o diagnósticos que manejamos de acuerdo a los diferentes programas básicos de salud, que para nosotros involucran los siguientes:

- **Salud Reproductiva:**

- Planificación Familiar.
- Salud Materna y Perinatal
- Salud de la Mujer.
- Violencia Familiar y de Género

- **Salud del Niño y Adolescente:**

- Vacunación Universal

- Enfermedad Diarreica
- Infecciones Respiratorias Agudas.
- Nutrición

- **Salud del Adulto y Anciano:**

- Diabetes Mellitus: Detección mediante interrogatorio y toma de glucosa capilar, Prevención mediante otorgar talleres educativos de promoción a la salud enfocados a prevenir enfermedades crónico degenerativas, Tratamiento y control mediante el seguimiento a pacientes que acuden a consulta médica.

Integración de Grupos de Ayuda Mutua para brindar educación para la salud, y acciones integrales para el control de su enfermedad de base.

- Hipertensión Arterial: Detección mediante anamnesis, medición de signos vitales específicamente tensión arterial, Prevención mediante otorgar talleres educativos de promoción a la salud enfocados a prevenir enfermedades crónico degenerativas, Tratamiento y control mediante el seguimiento a pacientes que acuden a consulta médica.

Integración de Grupos de Ayuda Mutua para brindar educación para la salud, y acciones integrales para el control de su enfermedad de base.

- Obesidad: Detección mediante interrogatorio al paciente, medición antropométrica, circunferencia de cintura y valoración del Índice de Masa Corporal, Prevención mediante otorgar talleres educativos de Promoción a la Salud enfocados a prevenir enfermedades crónico degenerativas, Tratamiento y control mediante el seguimiento a pacientes que acuden a consulta médica.

Integración de Grupos de Ayuda Mutua para brindar educación para la salud, y acciones integrales para el control de su enfermedad de base.

- Hiperplasia Prostática Benigna: Aplicación de cuestionarios sobre sintomatología urinaria, medición de antígeno prostático específico, Prevención mediante sesiones educativas enfocadas a prevenir la Hiperplasia Prostática, Tratamiento y control mediante el seguimiento a pacientes que acuden a consulta médica.
- Vacunación antineumocócica y anti influenza a adultos mayores o personas de riesgo, conforme en el Manual de Vacunación vigente.

- **Zoonosis y Vectores:**

- Rabia
- Brucelosis
- Paludismo, Dengue, Chikungunya y Zika
- Taeniosis y Cisticercosis
- Leptospirosis
- Alacranismo
- Enfermedad de Chagas

- **Micobacteriosis:**

- Tuberculosis
- Lepra

- **Adicciones:**

- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Farmacodependencia

- **VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual**

- **Prevención de Accidentes**
- **Cólera**

- **Urgencias Epidemiológicas y Desastres**

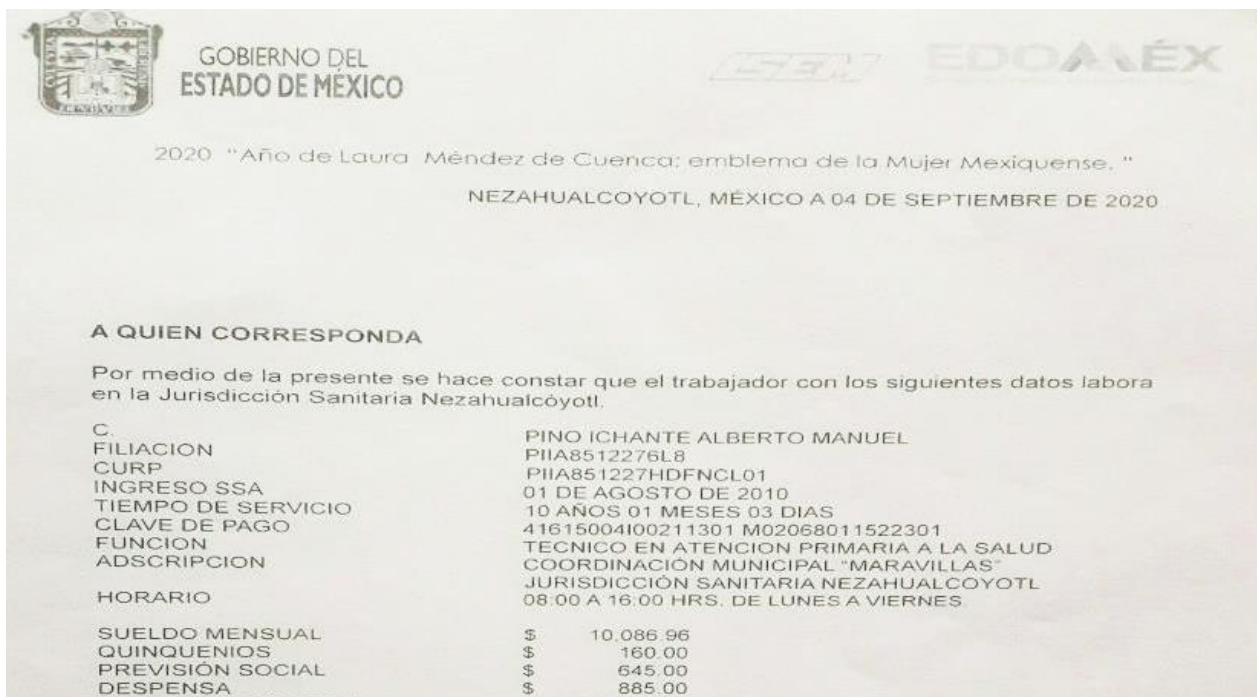
- **Promoción de la Salud:**

- Comunidades Saludables
- Programa Intersectorial de Educación Saludable (PIES)
- Ejercicio para el cuidado de la salud (PROESA)
- Salud Familiar
- Sesiones de Educación para la Salud
- Estrategia de Prevención de la Salud durante la línea de Vida
- Salud Mental

- **Salud Bucal.**

En ese sentido, el ISEM reconoce sus aportaciones a favor del bienestar de las familias mexiquenses, ya que también brindan primeros auxilios y participan en la organización y atención a la comunidad en caso de siniestros o desastres, así como en el control de casos de brotes y epidemias.

Constancia laboral.



FUENTE: Archivo de RH Jurisdicción Nezahualcóyotl.2021.

Fotografías.

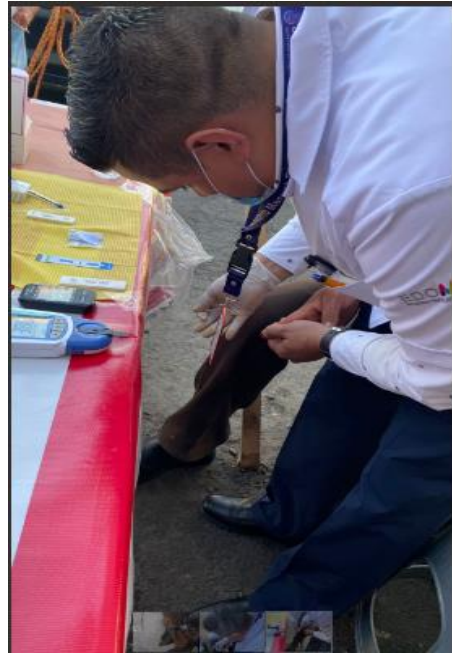
Vacunación a adultos mayores



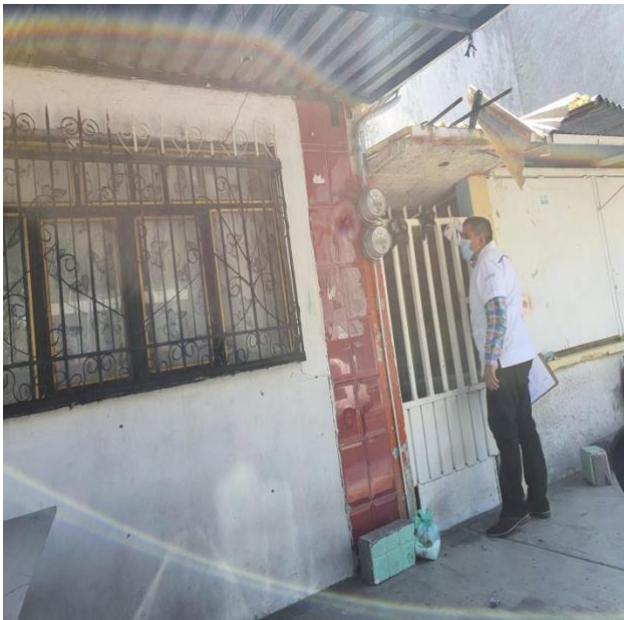


Detecciones de enfermedades cronicodegenerativas





Visitas domiciliarias para oferta de servicios de salud



Realización de sesiones extramuros (Educación para la Salud)



Seguimiento a pacientes Adultos Mayores y entrega de medicamentos



Considerando la salud que prevalece en la entidad, los factores condicionantes de salud, así como los retos que el Gobierno del Estado plantea con cada administración, el Instituto de Salud del Estado de México donde presto mis servicios como profesional, da prioridad a los problemas de mayor magnitud y trascendencia, teniendo que incorporar dentro de nuestras actividades como enfermeros de campo, todos y cada uno de los programas básicos de salud tales como los involucrados con la Salud Reproductiva, Zoonosis y Vectores, Micobacteriosis, Salud del Niño y Adolescente, Promoción a la Salud, Cólera, VIH, Prevención de adicciones, Salud Bucal y la Salud del Adulto y el Anciano; siendo este último el de mayor prioridad para mí dentro de mi comunidad y por ende donde centro mis actividades de este trabajo.

Finalmente, para potenciar el papel de enfermería de Atención Primaria, es preciso tener definidas competencias que garanticen el desarrollo de prácticas basadas en la evidencia y que aseguren la prestación de los cuidados integrales, personalizados y de calidad, de acuerdo a los principios de la Atención Primaria y al trabajo basado en el equipo multidisciplinario. Y es nuestra responsabilidad el poder responder a los problemas de salud que se presentan en nuestra realidad social, disponiendo de toda la metodología necesaria y de nuestros conocimientos para elevar el nivel de autocuidado de la población a la que servimos, entendiendo el autocuidado como todas aquellas acciones que permiten a un individuo mantener la vida, la salud y el bienestar de sí mismos.

Esto quiere decir que para la Atención Primaria el eje fundamental es la atención del ciudadano, por lo tanto debemos como profesionales de la salud ofertar servicios de calidad, garantizando accesibilidad; por lo que con este trabajo pretendo dar un giro a la clásica atención del personal de enfermería que generalmente está en clínica, buscando que la enfermería rompa aquellas barreras que sirven de obstáculo para los adultos mayores que evitan que puedan llevar un buen control de sus

enfermedades.

2.2. La Educación de la Salud como Herramienta para el mejoramiento de los Estilos de Vida del Adulto Mayor

En la actualidad las principales enfermedades que afectan a la población se originan por los comportamientos y conductas poco saludables que realizan las personas en su cotidianidad, esto conlleva a la adquisición de ciertos problemas físicos tales como sobrepeso, obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. El contexto social que rodea de estos comportamientos pocos saludables permite plantear diversas intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Bajo este contexto y ante la preocupación por la Prevalencia que la obesidad está adquiriendo a nivel mundial derivado de su asociación con las principales enfermedades crónicas en la actualidad, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial e incluso ciertos tipos de cáncer, vale la pena educar a la población para que se conviertan con el paso del tiempo en Adultos Mayores sanos, de tal forma que la educación nutricional represente para los adultos mayores de mi comunidad una especie de “puente” para la promoción de hábitos alimentarios correctos

La importancia de esto es la necesidad de educar al ser humano para que los alimentos que componen su dieta hagan que esta sea la más indicada para mantener su salud.

Como se sabe, la Prevención Primaria y Secundaria es fundamental en este Nivel, y justamente la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han desarrollado en nuestro país sesiones virtuales donde se comparten experiencias en Promoción de la Salud para lograr estilos de vida Saludable en nuestra

población. Por este motivo planeo incluir dentro de las actividades del Grupo de Ayuda Mutua realizar sesiones con temas y experiencias relacionados con el fomento de estilos de vida saludable, que destaquen por su eficiencia, eficacia, por un enfoque innovador que en mi caso como personal de salud seré promotor de la salud ante los adultos mayores que formen parte del grupo, y esto permita que apliquen lo aprendido en su quehacer diario.

Los temas centrales que aborde con mis adultos mayores son:

- Alimentación correcta
- Actividad física
- Consumo de agua potable
- Cultura alimentaria tradicional correcta
- Cambios en los estilos de vida como mecanismo regulador de enfermedades crónicas.

Basado en esto, mi función será de la facilitar en los adultos mayores los cambios voluntarios de comportamiento, es decir establecer con ellos una relación voluntaria de ayuda y apoyo, lejos de lo impositivo y en la que el elemento clave sea la comunicación que voy a establecer con ellos, misma que servirá como puente para alcanzar las mejoras que pretendo alcanzar en sus niveles de glucosa y en sus estilos de vida.

De tal forma que a través de estas actividades haré uso de la promoción de la salud que se ocupa de orientar o reorientar a la población en su vida cotidiana más que de las personas que están en riesgo de desarrollar determinadas enfermedades, dirigiendo sus acciones hacia las causas básicas de las pérdidas de salud. Y mezcla diversos enfoques que combina para mejorar el nivel de salud, tales como: educación e información y organización comunitaria, entre otras.

Los estilos de vida saludables llevan a la adopción de una conducta de la

promoción de la salud; sin embargo, hoy en día, en la mayoría de la población se observa con frecuencia el sedentarismo (acompañado a largo plazo de enfermedades coronarias y metabólicas), el estrés, que desencadena trastornos psicológicos (ansiedad, sueño, trastornos en la conducta alimentaria), la mal nutrición (diabetes, anemia), el exceso de consumo de alcohol, el tabaquismo, el uso de sustancias psicoactivas; sumado a lo anterior, entornos parcial o totalmente nocivos; ahí radica la importancia de nuestro papel como enfermeros y educadores para la salud. (Alexandra, Toro Roserio , Macias Ladino, Valencia Garcés, & Palacio Rodriguez, 2010).

III. PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA

3 .I. Formulación de Problemas

Una de las etapas fundamentales y determinantes de la calidad del proceso de Planeación y de definición de Estrategias, Programas y Acciones, es el Diagnóstico de Salud, nos permite visualizar la realidad de la comunidad; ya que la base para la toma de decisiones adecuadas, es el conocimiento de las condiciones de salud de la población y de los recursos con que se cuenta para otorgar los servicios.

De esta manera, el diagnóstico Municipal de Salud tiene una cobertura territorial determinada por el área de planeación de la jefatura jurisdiccional de Nezahualcóyotl, por lo que resulta de vital importancia para planear, evaluar los Programas y las

Acciones; a partir del conocimiento de éste, en el que se presentan las necesidades y prioridades de cada microrregión en la que está dividida la coordinación municipal, constituyendo el punto de partida inicial de todo Programa de Acción.

En él se pondera, de un modo objetivo, la importancia relativa de cada uno de los problemas de salud y de sus factores condicionantes cuya finalidad es orientar los recursos y estrategias de intervención que se dirijan a asegurar la máxima productividad.

La unidad de salud se determina por aspectos culturales, geográficos, sociales y económicos. El reto es mejorar y desarrollar una nueva cultura organizacional con base a una mejora constante en sus hábitos de salud, sin perder su esencia, cambiar actitudes y desechar vicios, hasta el punto de convertir a la población más responsable de su autocuidado, con apoyo solidario, en donde se coordinen actividades encaminados hacia la calidad, para satisfacer necesidades y disminuir la pauperización de la comunidad.

Por lo que la información que se presenta tiene la finalidad de explicar la situación de salud en la Coordinación Municipal “Maravillas”, pronosticar el comportamiento o tendencia y priorizar los principales problemas de salud. Resulta de vital importancia para que tomando como base la información generada en el transcurso de un año se planteen intervenciones orientadas a los diversos programas y posteriormente evaluar el impacto en salud.

3.2. Análisis de Factores

La estructura poblacional es uno de los indicadores que permiten visualizar los cambios que se han presentado con el tiempo y se analizan con base a tres grandes grupos etarios: niños, personas en edad productiva y población de la tercera edad.

JURISDICCIÓN SANITARIA NEZAHUALCÓYOTL PROYECCION DE POBLACION DEL C.S.U. MARAVILLAS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO 2020

GPO ETAREO	%	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	CON SEG	SIN SEG	%	TOTAL
-1	0.86%	743	702	1445	632	813	56.25	1445

1 a 4	2.93%	2518	2616	5134	2246	2888	56.25	5134
5 - 9	3.81%	3278	3356	6634	2902	3732	56.25	6634
10 - 14	3.68%	3162	3472	6633	2902	3731	56.25	6633
15 - 19	3.86%	3322	3295	6617	2895	3722	56.25	6617
20 - 24	3.93%	3376	3436	6811	2980	3831	56.25	6811
25 - 29	3.90%	3352	3141	6493	2841	3652	56.25	6493
30 - 34	3.60%	3095	3219	6314	2762	3552	56.25	6314
35 - 39	3.69%	3172	3356	6527	2856	3672	56.25	6527
40 - 44	3.55%	3055	3194	6249	2734	3515	56.25	6249
45 - 49	3.07%	2643	3030	5673	2482	3191	56.25	5673
50 - 54	2.76%	2369	2781	5150	2253	2897	56.25	5150
55 - 59	2.53%	2179	2318	4497	1967	2529	56.25	4497
60 - 64	2.08%	1787	2026	3813	1668	2145	56.25	3813
65 - 69	1.57%	1353	1654	3007	1316	1692	56.25	3007
70 - 74	1.29%	1110	1197	2307	1009	1298	56.25	2307
75 - 79	0.67%	577	725	1302	570	732	56.25	1302
80 - 84	0.34%	293	440	733	321	412	56.25	733
85 - +	0.22%	187	450	637	279	358	56.25	637
TOTAL	48%	41570	44407	85977	47373	38604	56.25	85977

FUENTE: Depto. de Planeación e Informática Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl 2021.

POBLACION AGE 2020

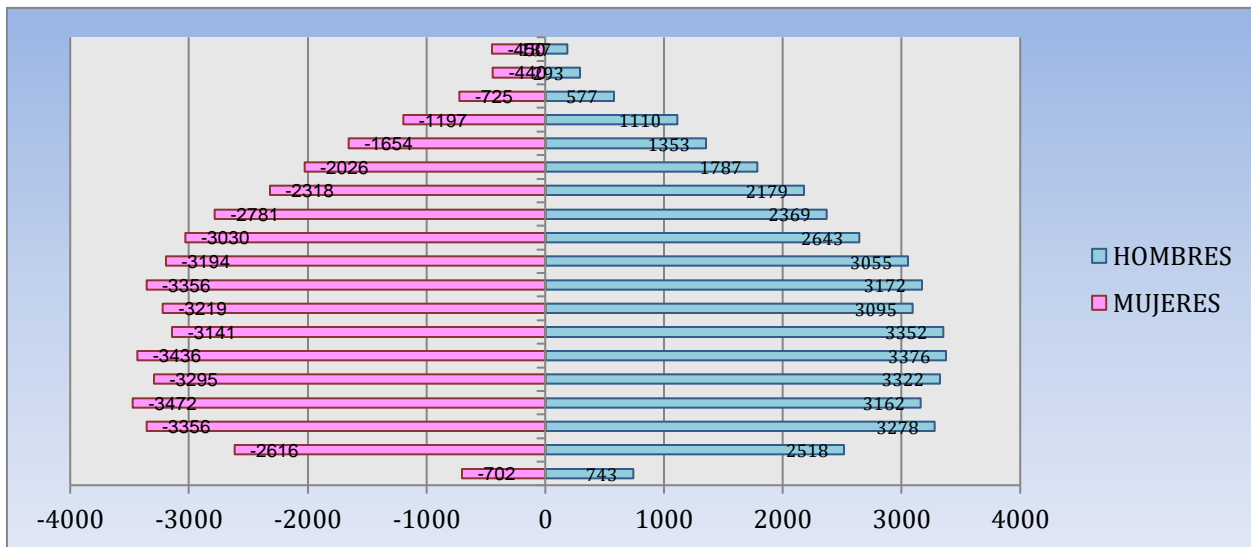
UNIDAD	AGEB'S	POBLACION TOTAL 2020	POBLACIÓN CON SEGURIDAD	POBLACIÓN SIN SEGURIDAD
MARAVILLAS	670	6,222	2,722	3,500
	685	6,901	3,019	3,882
	878	5,268	2,305	2,963
	882	7,011	3,067	3,944
	897	8,544	3,738	4,806
	1132	8,288	3,626	4,662
	1147	3,926	1,717	2,208
	1166	9,862	4,315	5,547
	1170	6,264	2,740	3,523
	1452	7,718	3,376	4,341
	1467	6,481	2,835	3,645
	069A	9,494	4,153	5,340
TOTAL MARAVILLAS		85,977	37,615	48,362

FUENTE: Depto. de Planeación e Informática Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl 2021.

La siguiente gráfica nos muestra que la población de adultos mayores esta constante, por las condiciones de vida que permiten que la esperanza de vida aumente año con año y al mismo tiempo esto determina que se requiera de mayor atención en salud a la población adulta, ya que dentro de esta situación las enfermedades crónico-

degenerativas están condicionando la estabilidad de salud del adulto mayor para poder vivir con una calidad de vida digna.

PROYECCION DE POBLACION DEL C.S.U. MARAVILLAS 2020



FUENTE: Elaboración propia 2021.

De acuerdo con datos de las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 2016-2050 del CONAPO, se estima que la población nacida en 2019 alcance en promedio los 75.1 años, una esperanza de vida mayor a la que se tenía hace 40 años (66.2 años).

Las mujeres tienen una esperanza de vida superior a la de los hombres con una brecha de casi 3 a 5 años. Para el año 2030, la esperanza de vida al nacimiento alcanzará los 76.7 años en promedio, para las mujeres será de 79.6 años y para los hombres de 73.8 años.

TABLA
Esperanza de vida por sexo. Periodo: 2018-2022
En el Estado de México

Año	2022	2021	2020	2019	2018
Hombres	73.34	73.22	73.12	73	72.92

Mujeres	78.09	77.94	77.81	77.68	77.58
Total	75.73	75.6	75.48	75.36	75.27

Fuente: CONAPO.- Estado de México: Indicadores demográfico, 1970-2050

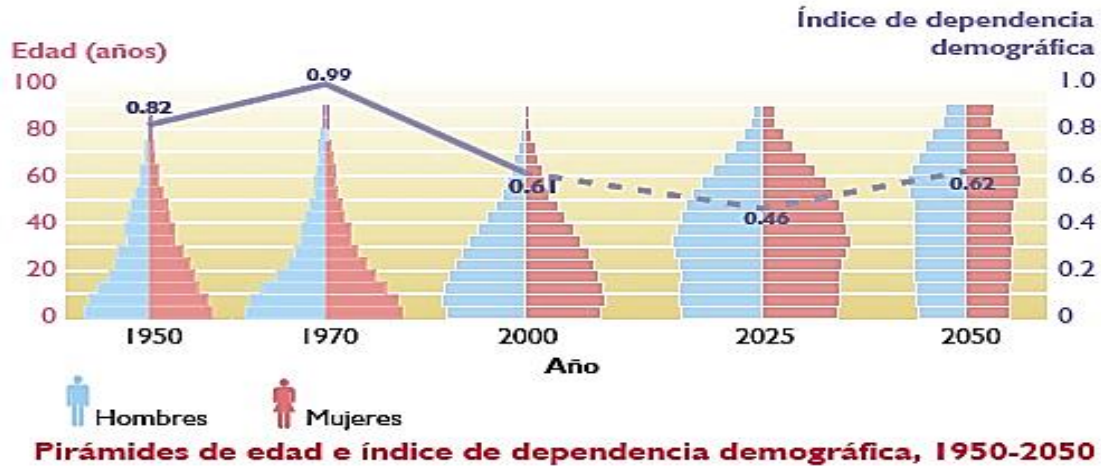
En 2019, según datos del CONAPO se han registrado 761 mil 787 defunciones, de las cuales 44.6% fueron mujeres y 55.4% hombres. La tasa de defunciones registradas por cada mil habitantes es de seis personas.

Dentro de los 498 mil 286 decesos de personas de 60 años o más, 50.3% son hombres, mientras que 49.7% son mujeres, reflejando la feminización del envejecimiento, en el que hay 124 mujeres por cada 100 hombres de 80 años y más.

En el último siglo, México ha sufrido una profunda transformación demográfica. En 1900 había poco más de 13 millones de habitantes, para el 2000 casi se alcanzaron los 100 millones y de acuerdo con los resultados del *II Censo de Población y Vivienda 2005* la población mexicana en el 2005 era de 103.3 millones de habitantes. A pesar de la reducción en la tasa de crecimiento, el incremento neto de la población en el periodo 2000-2005 fue de casi 5.8 millones de personas, es decir, se tuvo un crecimiento del 1% anual. Según las proyecciones elaboradas por el CONAPO, la población seguirá creciendo hasta alcanzar cerca de 130 millones en el año 2040, para posteriormente iniciar lentamente su descenso.

También la estructura de edades de la población ha cambiado. Se está pasando de una población con un marcado predominio de menores de edad a uno donde los jóvenes son la proporción más importante. El índice de dependencia demográfica * cambió de cerca de 1.0 en los años 70 a 0.59 en el año 2005, por lo que se dice que México disfruta del llamado “bono demográfico” (proporción baja de dependientes en relación con el número de individuos potencialmente productivos). El país mantendrá por varios años más esta condición ventajosa, alcanzando alrededor del año 2020 su valor más bajo (0.45), para después comenzar a incrementarse por la acumulación de personas mayores.

* Índice de dependencia demográfica: es una medida de cuántas personas hay en una población en edades no laborales en relación a las personas que se encuentran en edad de trabajar.



Fuentes:

INEGI. *Estadísticas Históricas de México*. México. S/F.
INEGI. *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*. México. 2001.
Conapo. *Proyecciones de la Población de México, 2000-2050*. México. 2002.

Este cambio se debe a factores asociados a la modificación de estilo de vida de bajo riesgo tales como:

1. Dieta saludable
2. No fumar
3. Actividad física moderada a vigorosa (al menos 30 min / día)
4. Consumo moderado de alcohol
5. Índice de masa corporal saludable

Se ha encontrado que cada factor de bajo riesgo se asoció con riesgos significativamente reducidos de todas las causas, el cáncer y la mortalidad cardiovascular.

Daños a la Salud

MORBILIDAD

20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD JURISDICCIÓN SANITARIA NEZAHUALCÓYOTL 2015.				
No.	Padecimiento Código CIE-10	Casos	POBLACIÓN	*TASA DE INCIDENCIA
1	Infecciones respiratorias agudas(J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0)	173769	1.243.902	139,70
2	Infección de vías urinarias(N30, N34, N39.0)	32429	1.243.902	26,07
3	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas(A04, A08-A09 excepto A08.0)	31858	1.243.902	25,61
4	Úlceras, Gastritis y Duodenitis(K25-K29)	10581	1.243.902	8,51
5	Conjuntivitis H10 (Para 2014)(H10)	7077	1.243.902	5,69
6	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)(E11-E14)	6947	1.243.902	5,58
7	Hipertensión arterial(I10-I15)	5986	1.243.902	4,81
8	Obesidad(E66)	5108	1.243.902	4,11
9	Gingivitis y enfermedad periodontal(K05)	5102	1.243.902	4,10
10	Vaginitis aguda(N76.0, N76.2)	4245	1.243.902	3,41
11	Mordedura por perro(W54)	2280	1.243.902	1,83
12	Otras helmintiasis(B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83)	2272	1.243.902	1,83
13	Otitis media aguda(H65.0-H65.1)	1956	1.243.902	1,57
14	Insuficiencia venosa periférica(I87.2)	1753	1.243.902	1,41
15	Amebiasis intestinal(A06.0-A06.3;A06.9)	1441	1.243.902	1,16
16	Asma y estado asmático(J45, J46)	1163	1.243.902	0,93
17	Varicela(B01)	1135	1.243.902	0,91
18	Hiperplasia de la próstata(N40)	1067	1.243.902	0,86
19	Quemaduras(T20-T32)	885	1.243.902	0,71
20	Desnutrición leve(E44.1)	772	1.243.902	0,62
	Las demás	5800	1.243.902	4,66
	Total	303626		
	*TASA POR 1000 HABITANTES			

FUENTE: CUBO DE MORBILIDAD 2003 A LA FECHA ACTUAL. (SUAVE)

FUENTE: Depto. de Planeación e Informática Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl 2021.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES POR SEXO JURISDICCIÓN SANITARIA NEZAHUALCOYOTL 2015				
NO.	PADECIMIENTO CODIGO CIE-10	Sexo		
		Femenino	Masculino	TOTAL
1	Infección de vías urinarias(N30, N34, N39.0)	24631	7798	32429
2	Diabetes mellitus no insulodependiente (Tipo II)(E11-E14)	4014	2933	6947
3	Hipertensión arterial(I10-I15)	3795	2191	5986
4	Obesidad(E66)	3384	1724	5108
5	Vaginitis aguda(N76.0, N76.2)	4245	NA	4245
6	Violencia intrafamiliar(Y07.0-Y07.2)	618	47	665
7	Depresión(F32)	442	129	571
8	Candidiasis urogenital(B37.3-B37.4)	466	13	479
9	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos del embarazo(O10-O16 excepto O12)	263	NA	263
10	Diabetes Mellitus en el Embarazo(O24.4)	241	NA	241
11	Infección asintomática por VIH(Z21)	13	93	106
12	Displasia cervical leve y moderada(N87.0-N87.1)	105	NA	105
13	Virus del papiloma humano(B97.7)	97	1	98
14	Influenza(J09 - J11)	19	26	45
15	Enfermedad por virus Chikungunya(A92.0)	26	16	42
16	Tumor maligno de mama(C50)	41		41
17	Tricomoniasis urogenital(A59.0)	38		38
18	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida(B20-B24)	5	23	28
19	Tumor maligno del cuello del útero(C53)	14	NA	14
20	Sifilis adquirida(A51-A53)	7	5	12
	Total	42464	14999	57463
FUENTE: CUBO DE MORBILIDAD 2003 A LA FECHA ACTUAL. (SUAVE)				
NA= NO APLICA				

FUENTE: Depto. de Planeación e Informática Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl 2021

20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MUNICIPIO NEZAHUALCOYOTL 2015, POBLACIÓN GENERAL.		
---	--	--

No.	DAÑO/HEMATO CODIGO CIE 10	CASOS
-----	---------------------------	-------

FUENTE: Depto. de Planeación e Informática Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl 2021

Las tablas anteriores son antecedente de la Morbilidad que tiene mayor incidencia en nuestra Jurisdicción Sanitaria, que refleja las principales causas de consulta de las 23 unidades médicas con las que se poseen en la misma, siendo un precedente para poder a continuación visualizar la que pertenece a la Unidad Médica de MARAVILLAS, donde destaco aquellas patologías de mayor incidencia en los adultos mayores.

PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN EL C.S. MARAVILLAS (PRIMERA VEZ)

CIE	Descripción	femenino	masculino	total genero	>=60
					PRIMERA VEZ
Z00.0	Examen médico general	239	91	330	147
Z01.2	Examen odontológico	145	182	327	49
J02.9	Faringitis aguda no especificada	663	468	1131	30
J03.9	Amigdalitis aguda no especificada	630	394	1024	30
J00.X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	702	468	1170	28
Z014	EXAMEN GINECOLÓGICO (GENERAL) (DE RUTINA)	56	41	97	26
N39.0	Infección de vías urinarias sitio no especificado	268	55	323	24
R52.0	Dolor agudo	176	140	316	24
J04.0	Laringitis aguda	540	353	893	18
K02.1	Caries de la dentina	352	217	569	16
A09.X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infec	1261	880	2141	14
K04.7	Absceso periapical sin fístula	280	149	429	12
E119	DIABETES MELLITUS TIPO 2 SIN MENCIÓN DE COMPLICAC	144	102	246	12
Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	60	62	122	10
I10X	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	121	70	191	4

FUENTE: Depto. de Planeación e Informática Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl 2021

PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN EL C.S. MARAVILLAS (SUBSECUENTE)

CIE	Descripción	femenino	masculino	total genero	>=60
					SUBSECUENTE
E119	DIABETES MELLITUS TIPO 2 SIN MENCIÓN DE COMPLICAC	540	353	893	434
I10X	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	280	149	429	271
G409	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	89	43	132	82
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	99	54	153	6
J029	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	88	50	138	6
N390	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	69	16	85	6
K290	GASTRITIS AGUDA HEMORRÁGICA	37	8	45	5
K529	COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS NO ESPEC	25	4	29	5
K589	SÍNDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA	20	4	24	4
M791	MIALGIA	17	6	23	4

FUENTE: Depto. de Planeación e Informática Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl 2021

LAS 5 PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE ATENCIÓN EN LOS ADULTOS AYORES EN EL C.S. MARAVILLAS DURANTE EL 2020

Descripción	>=60
Diabetes mellitus tipo 2 sin mención de complicaciones	1128
Hipertensión esencial (primaria)	787
EXAMEN MÉDICO GENERAL	172
EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	82
Caries de la dentina	43

FUENTE: Depto. de Planeación e Informática Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl 2021

En la Jurisdicción de Nezahualcóyotl, las principales causas de Morbilidad durante los últimos años han sido muestra clara y fidedigna de la Transición Epidemiológica existente a nivel nacional, donde patologías como la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión arterial se han convertido hoy en día en las primeras causas de consulta en las unidades médicas de los diferentes niveles de atención, debido en gran medida a los hábitos alimenticios de la población de la comunidad, mismo comportamiento epidemiológico que se observa en la Morbilidad de la Unidad Médica a la cual me encuentro adscrito (C.S. Maravillas). A su vez, es importante mencionar que aquellas enfermedades transmisibles como la faringoamigdalitis aguda o el resfriado común durante el 2020 fueron de las principales patologías transmisibles que predominaron en la demanda de atención, teniendo esto una fuerte relación ante el evento epidemiológico que se ha vivido en el mundo por la Covid-19 .

De tal modo que sabemos desde el 2016 se dio la declaratoria de pandemia por algunas de las enfermedades crónicas que aquejan hoy en día a nuestros adultos mayores, por lo que se han tomado medidas específicas y generales para la prevención primaria así como la detección temprana y el tratamiento oportuno y donde he querido en lo personal realizar el enfoque de mis intervenciones.

Analizar la morbilidad de las enfermedades no transmisibles y su multicausalidad nos orilla a buscar en los estilos de vida formados en los núcleos familiares, espacios escolares, laborales, comunitarios donde influyen hábitos con abuso en el consumo de irritantes, de carbohidratos, de alto contenido de sal. El estilo de vida poco común coadyuva a enfermar de gastritis, diabetes, a la enfermedad silenciosa “la hipertensión” y estos como factores predisponentes para enfermedades del corazón y cerebrovasculares.

La comunidad de maravillas ubicada dentro de la jurisdicción de Nezahualcóyotl, su desarrollo económico y social ha permitido mejorar su infraestructura, su equipamiento, por lo que se considera una ciudad con todos los servicios básicos, pero

su alta densidad población también fomenta malos hábitos saludables por el choque cultural de las personas que emigran a esta colonia, las cuales adoptan actitudes o posturas poco saludables.

Bajo este contexto y como pudimos observar en la última tabla que agregue sobre las cinco principales causas de morbilidad en el adulto mayor dentro de la Coordinación Municipal de Maravillas, vemos que la Diabetes mellitus representa la principal causa seguida muy de cerca por la Hipertensión arterial, lo cual conlleva a priorizar nuestras actividades, debido a la trascendencia de estas enfermedades dentro de la población de este municipio.

Aunado a lo anterior varios problemas que se han identificado son:

Ambientales

El principal problema son las aguas residuales procedentes de algunas industrias ubicadas al oriente y norte del municipio, las tolvaneras características de los meses de enero, febrero y marzo principalmente.

Sociales

Como ya se ha misionado el uso de drogas, la prostitución y proliferación de antros de vicio disfrazados como restaurante bar y la delincuencia juvenil representan los principales factores de riesgo para la sociedad de la Jurisdicción Nezahualcóyotl y de la comunidad de Maravillas.

Estilos de vida

El tabaquismo y Alcoholismo representan los principales estilos de vida perjudiciales para la salud de la población de este Municipio. Siendo susceptibles de ser sujetos de estudio para incidir en la prevención de estos a través de la promoción y educación para la salud.

De acuerdo a la Coordinación de Adicciones, existen 61 grupos de A. A. distribuidos de la siguiente manera: Oficina Intergrupar Nezahualc6yotl, con 39 grupos dentro del Municipio dependiente de la Oficina Central de Grupos 24 Horas y Terapia Intensiva, tambi6n colabora por parte de esta oficina la Intergrupar Oriente con 9 grupos que participan con los Centros de Salud ubicados en el Municipio de La Paz, la oficina intergrupar Grupos Unidos, con 8 grupos que colaboran con Centros de Salud de los dos municipios de esta Jurisdicci6n. Grupo "Un Amigo M6s", que atiende adictos a drogas tambi6n de los dos Municipios y finalmente 3 grupos tradicionales o de "24 horas" dependiente del 6rea Oriente dos, de la Central Mexicana de Grupos, Secci6n M6xico.

De lo anterior, en mi comunidad se encuentra el Grupo A.A.Nuevo Amanecer ubicado en la Colonia Palmas.

AA GRUPO NUEVO AMANECER	(Mapa)
Agrupaciones de autoayuda para alcoh6licos y personas con otras adicciones	
CALLE HISTORIA , 85	
COLONIA LAS PALMAS (Ciudad Nezahualc6yotl)	
57440, Ciudad Nezahualc6yotl, Mexico	

Fuente: <https://www.foro-mexico.com/mexico/ciudad-nezahualcoyotl/guiaa-agrupaciones-de-autoayuda-pag-7.htm> [fecha consulta: 05/10/2021]

Nutrici6n

La alimentaci6n inadecuada en la infancia, la adolescencia y la edad adulta han generado problemas de mal nutrici6n caracterizados por: desnutrici6n, sobrepeso y obesidad que son secundarias a causas complejas que involucran determinantes biol6gicos, socioecon6micos y culturales, siendo la obesidad un problema de nuestra poblaci6n mexicana derivado de la epigen6tica. Que afectan la calidad de salud de la poblaci6n en sus diferentes etapas de la vida y que ocasiona en gran medida enfermedades cr6nicas degenerativas como la hipertensi6n y diabetes mellitus, tal como se visualiz6 dentro de las principales causas de Morbilidad de la Coordinaci6n

Maravillas.

Sobrepeso y obesidad.

En México el aumento de la masa grasa, que se manifiesta en exceso de peso (sobrepeso y obesidad) es el problema nutricional más frecuente en la población escolar, adolescente y adulta, el aumento en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad (SP+O) durante las tres últimas décadas es preocupante por los efectos adversos del exceso de peso en la salud.

Un problema de tal magnitud demanda acciones inmediatas para detener su avance. La prevención del exceso de peso reclama acciones integrales y coordinadas entre el gobierno, organizaciones comunitarias, escuelas, la familia, los profesionales de la salud y la industria. En México, el Gobierno ha respondido a este grave problema de salud con el desarrollo y puesta en marcha de una política nacional de prevención de obesidad y sus comorbilidades que reconoce el origen multicausal del problema denominada: Estrategia para la Prevención del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, que tiene como antecedente al Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA, 2010), el cual fue un esfuerzo de carácter multisectorial, que incluyó los diversos niveles de gobierno, a la industria alimentaria y a la academia.

Así mismo, y como base de la evaluación de la Estrategia para la Prevención del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, se realiza la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, enfocada primordialmente a aportar información que permita conocer la magnitud, distribución y tendencias del sobrepeso y la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, la evolución de los factores de riesgo y el desempeño de la estrategia.

3.3. Diagrama de Operación del Proceso

Entidad:

Estado de México

Jurisdicción:

Nezahualcóyotl

Unidad de Salud:

COLMARAVILLAS

Tipo de pacientes:

Todos

623

en

1

Del total de pacientes registrados en el SIC:

pacientes con diagnóstico de una enfermedad crónica y al menos una consulta

centros de salud



437 con diabetes



46.0% con medición de A1c*



39.8% con A1c < 7

Distribución por sexo:



64.4%



35.6%



366 con hipertensión

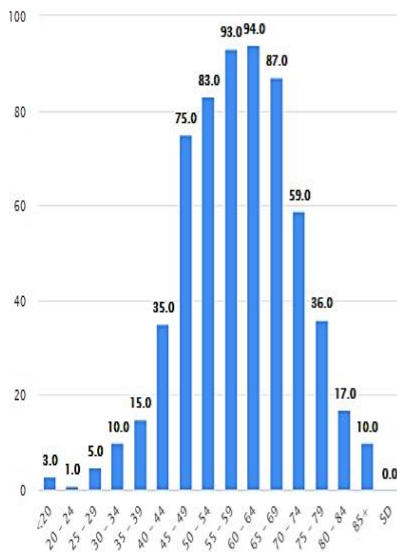


76.8% con medición de presión arterial (TA)



71.2% con TA < 140/90

Distribución por edad:



125 con obesidad



71.2% con medición de peso y estatura



24.7% con IMC < 30



94 con dislipidemia



72.3% con medición de colesterol total



29.4% con Colesterol total < 200

* A1c es un examen de laboratorio que muestra el nivel promedio de azúcar (glucosa) en la sangre durante los últimos tres meses. Este examen muestra qué tan bien está controlada la diabetes.

Actualización Diaria

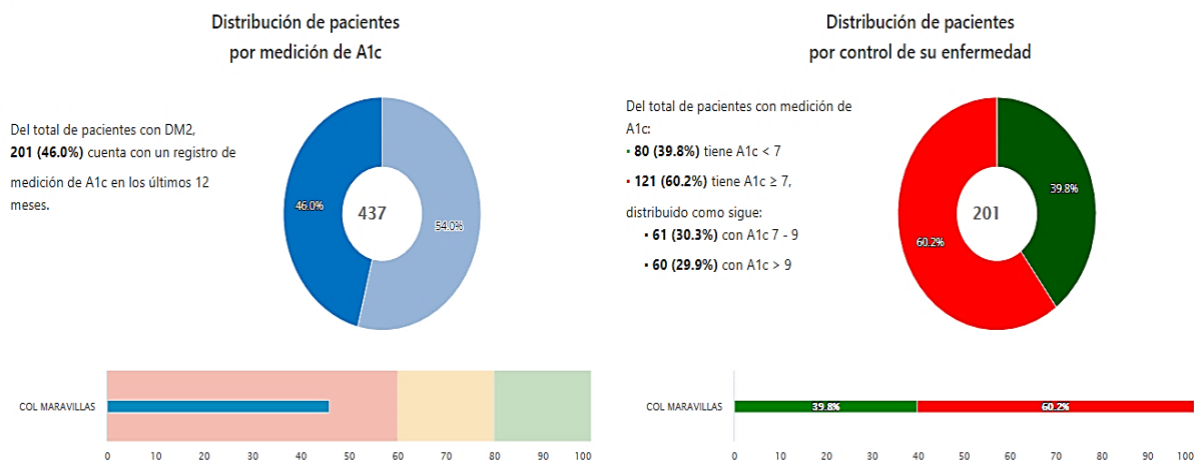
Oct 4 2021 11:41PM

FUENTE: <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC-Detalle> [fecha de consulta: 05/10/21]

Como se observa en el gráfico anterior las enfermedades crónicas atendidas en la Coordinación Municipal Maravillas a la cual estoy adscrito, representan un gran problema derivado a que en su mayoría del total de pacientes atendidos por enfermedades crónicas, no llevan un adecuado control, es por ello que mi trabajo será detectar este tipo de padecimientos de manera oportuna pero también disminuir con intervenciones de prevención primaria y secundaria el impacto que estas enfermedades ocasionan a los pacientes.

Salud del Adulto y del Anciano

En este rubro como sabemos desde hace ya algunos años el control de pacientes que padecen una enfermedad crónica degenerativa, se encuentra ya en la base de datos del Observatorio Mexicano de Enfermedades No Trasmisibles, de las cuales la Universidad de Nuevo León en colaboración con grupo Carso llevan la logística del tablero en Crónicas, donde se ingresa de manera pronta y oportuna al paciente que es ingresado de primera vez como paciente de enfermedad crónica degenerativos, y es en este sistema electrónico y digital donde mes a mes se emite los parámetros que solicita para el control de la atención de enfermedades como son, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la dislipidemia, la obesidad. Es en esta plataforma donde se pueden obtener estadísticas confiables de la atención de estas enfermedades en nuestra COMUSA.

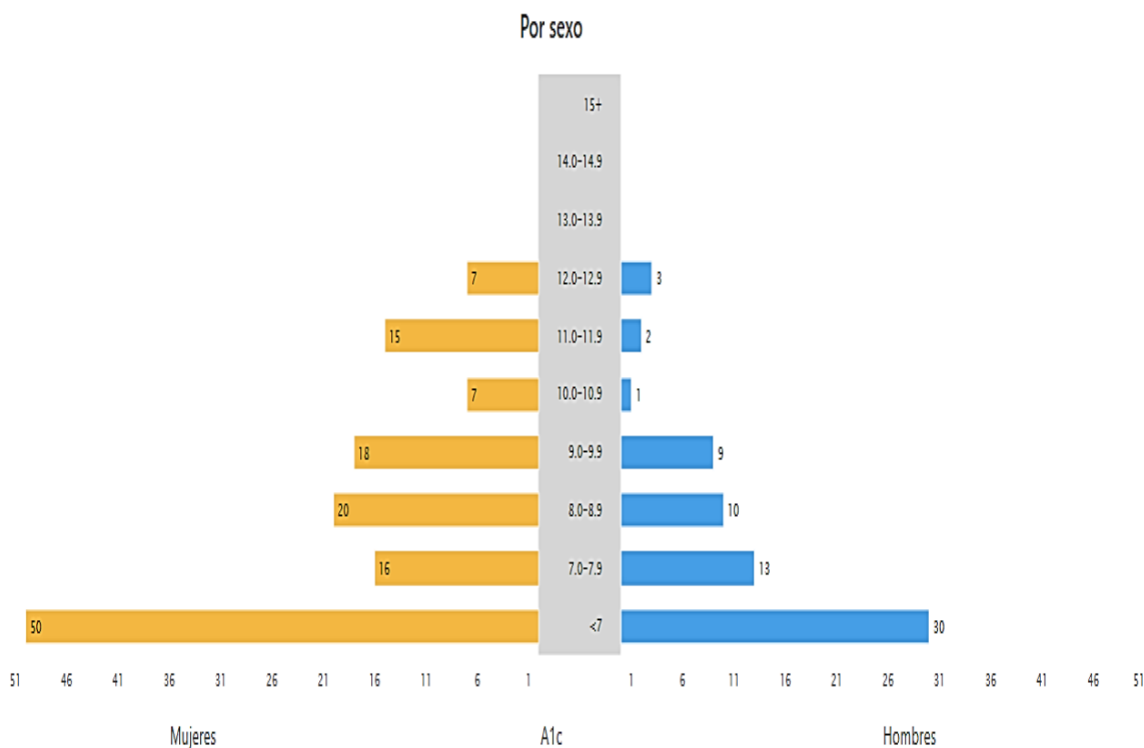


FUENTE: <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC-DiabetesMellitus-Detalle> [fecha consulta: 05/10/21]

Si analizamos el gráfico anterior, de 437 pacientes registrados en la plataforma SIC con Diabetes mellitus como primer patología, sólo 201 pacientes, es decir, a menos de la mitad de ellos en el último año se les ha realizado una prueba de Hemoglobina Glucosilada como parte de su control. Siendo un problema para el adecuado control de estos pacientes y resultando en que tan solo el 19% de los pacientes cuente con A1c menor a 7, se suma a la falta de un buen seguimiento y que la mayoría sea mujer es un factor que tener presentes sin embargo, no es indicador que solo sea exclusivo de este género, sino que más bien el sexo femenino es el que más se preocupa por su salud y por ende acude a los servicios médicos. Lo cual podría contribuir a que se presenten complicaciones tempranas en estos pacientes.

Control de la Enfermedad

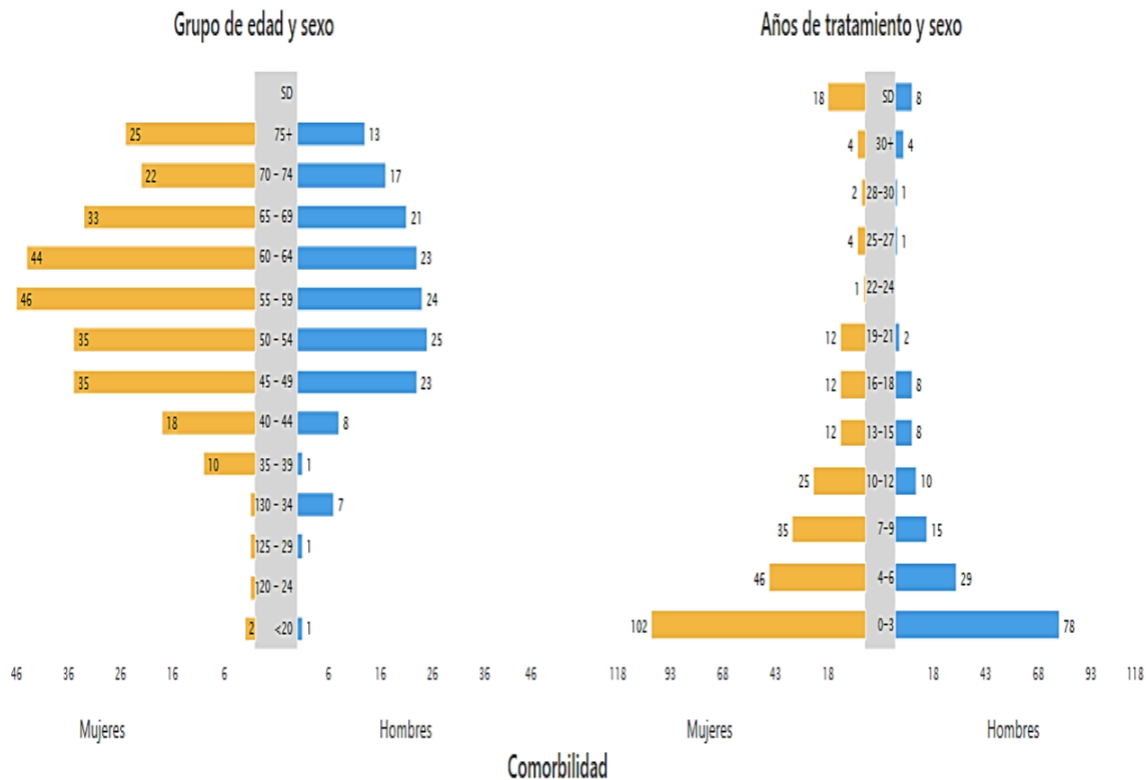
201 (46.0%) con A1c en su última cita en 12 meses, de las cuales 80 (39.8%) tienen A1c <7, y 121 (60.2%) tienen A1c >=7



FUENTE: <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC-DiabetesMellitus-Detalle> [fecha consulta: 05/10/21]

Características de las personas que viven con DM2

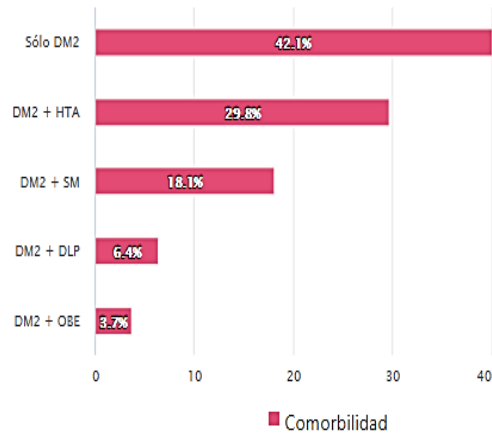
Hay un total de 437 personas que viven con Diabetes, de las cuales 273 (62.5%) son mujeres, y 164 (37.5%) son hombres.



FUENTE: <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC-DiabetesMellitus-Detalle> [fecha consulta: 05/10/21]

Con respecto a los gráficos anteriores notamos que la incidencia de esta patología se encuentra en la etapa reproductiva de la vida, pero que además la gran mayoría son recién tratados no teniendo más allá de 3 años en seguimiento; esto pudiera deberse al cambio que ha existido en el sistema nacional de salud de nuestro país, donde la gratuidad y el acceso a los servicios médicos no generan un costo para el usuario.

Comorbilidad

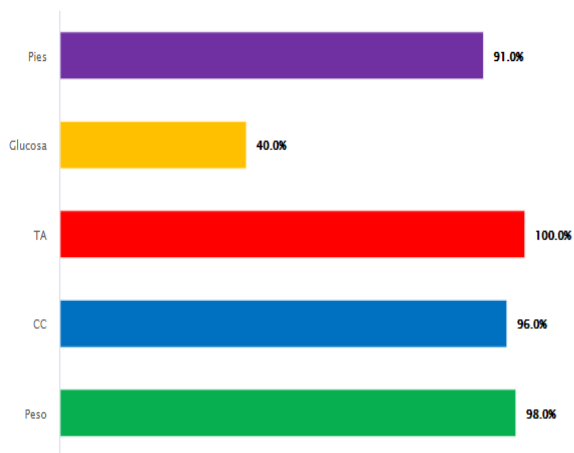


SD = Sin dato; DM2 = Diabetes Mellitus; HTA = Hipertensión; OBE = Obesidad; DLP = Dislipidemia; SM = Síndrome Metabólico

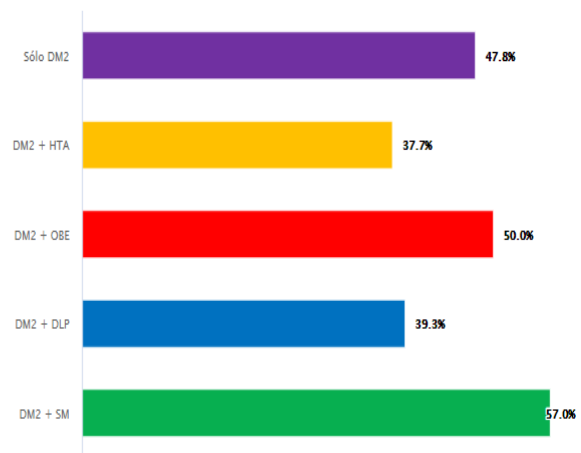
FUENTE: <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC-DiabetesMellitus-Detalle> [fecha consulta: 05/10/21]

Así mismo, se observa cómo las enfermedades crónico degenerativas se presentan en su mayoría acompañadas unas de otras, lo cual concuerda con las cifras nacionales y representan una verdadera pandemia, donde en nuestro país como en muchos otros estas patologías confluyen en un mismo paciente, representando no solo un problema de Salud Pública como hemos visto, sino también un problema dentro del manejo y tratamiento de estos pacientes.

% con mediciones básicas en la última consulta



% con medición de A1c en últimos 6 meses

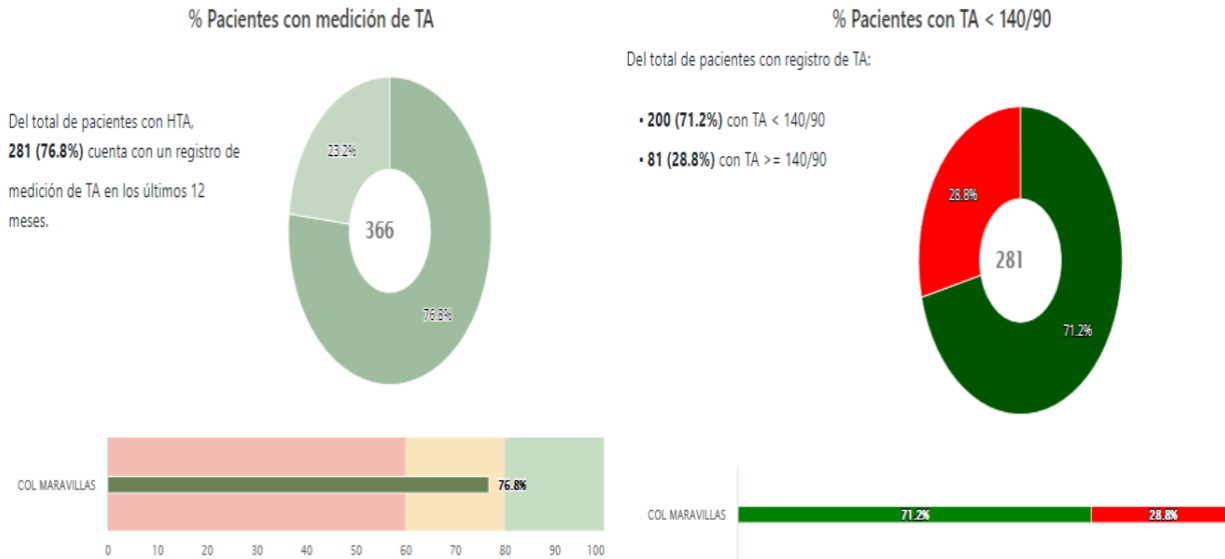


Control de la Enfermedad

201 (46.0%) con A1c en su última cita en 12 meses, de las cuales 80 (39.8%) tienen A1c < 7, y 121 (60.2%) tienen A1c >= 7

FUENTE: <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC-DiabetesMellitus-Detalle> [fecha consulta: 05/10/21]

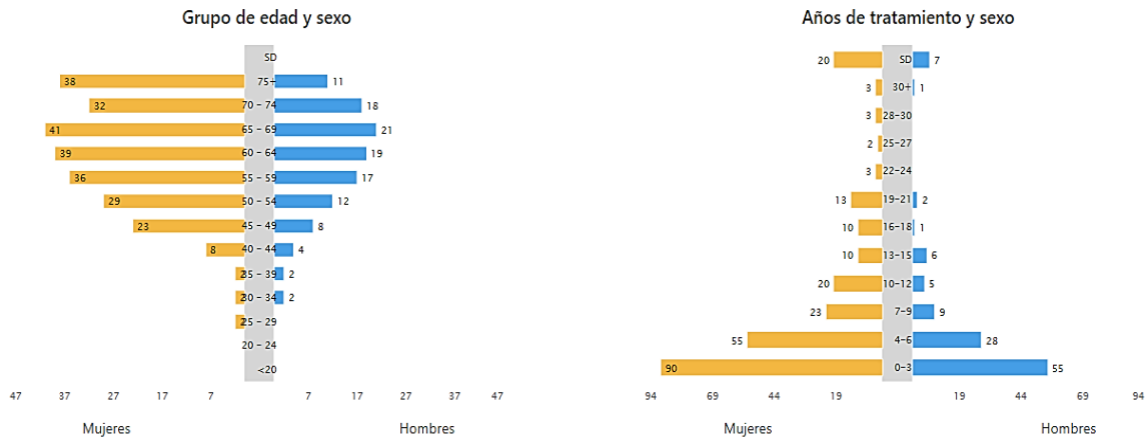
Ahora bien, bajo este mismo contexto, el brindar una atención a un usuario debería ser una atención integral, donde a nuestros pacientes crónicos se les realice tempranamente una detección de aquellas enfermedades más frecuentes que suelen sumarse a su patología de base.



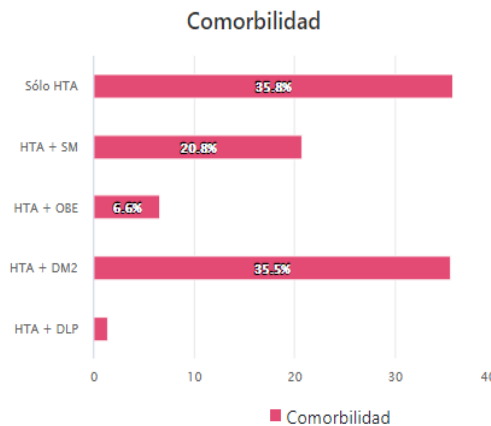
FUENTE: <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC-DiabetesMellitus-Detalle> [fecha consulta: 05/10/21]

Para el caso de mi unidad, la atención primaria que se brinda aún llega a presentar algunas oportunidades de mejora como se puede apreciar en estos gráficos, ya que aspectos básicos de la atención integral de personas con padecimientos crónico degenerativos no son registrados y por ende pudiéramos considerarlos como no ejecutados, sumándose a aquello que deseo mejorar dentro de la atención a los adultos mayores.

Hay un total de **366** personas que viven con Hipertensión Arterial, de las cuales **252 (68.9%)** son mujeres, y **114 (31.1%)** son hombres.



En el gráfico anterior se muestra la distribución por sexo de la Hipertensión arterial que padecen los 366 pacientes que son atendidos por mi centro de salud, donde observamos nuevamente un predominio entre la edad adulta en etapa productiva y reproductiva, siendo en su mayoría aquellos con poco tiempo de control o manejo; así como también podemos observar que la Diabetes mellitus es la enfermedad que en su mayoría se presenta en aquellos pacientes con Hipertensión arterial, lo cual en gran medida pudiera deberse a la alteración que sufren estos pacientes a nivel renal y que por ende alteran el Sistema de Renina Angotensina.



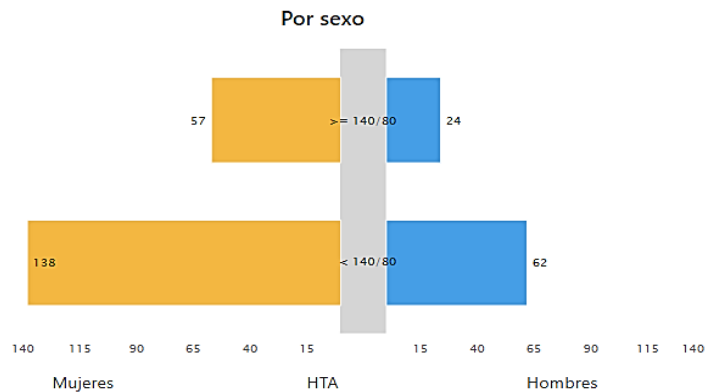
SD = Sin dato; DM2 = Diabetes Mellitus; HTA = Hipertensión; OBE = Obesidad; DLP = Dislipidemia; SM = Síndrome Metabólico

FUENTE: <http://www.tablerocronicassinba.com/TableroSIC/SIC-DiabetesMellitus-Detalle> [fecha consulta: 05/10/21]

Analizando que nuevamente el sexo femenino es quien acude a brindar atención en los servicios de salud, tal como se observa en el siguiente gráfico.

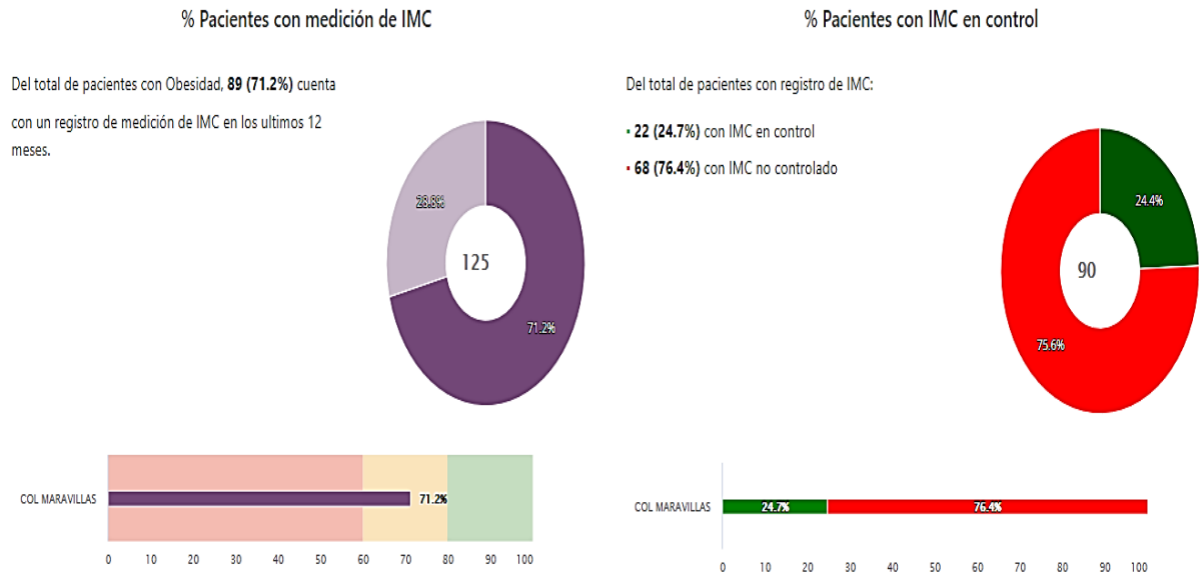
Control de la Enfermedad

281 (76.8%) con medición de TA en su última cita en 12 meses, de las cuales 200 (71.2%) tienen TA < 140/90 , y 81 (28.8%) tienen TA >= 140/90



FUENTE: <http://www.tablerocronicassinba.com/TableroSIC/SIC-DiabetesMellitus-Detalle> [fecha consulta: 05/10/21]

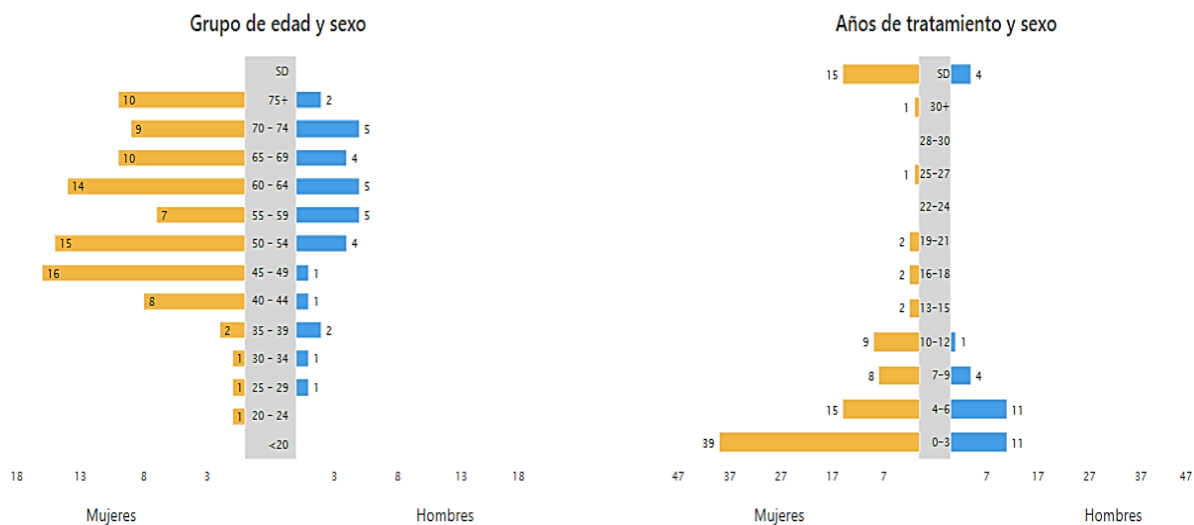
Hasta el momento solo hemos mencionado a dos de las principales patologías cronicodegenerativas que afectan a un gran porcentaje de nuestra población, sin embargo no podemos dejar de lado, que la Obesidad hoy en día representa un problema de Salud Pública en México y en otras partes del mundo, pero que además es el principal factor de riesgo para desencadenar las dos enfermedades que hemos estado analizando.



FUENTE: <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC-DiabetesMellitus-Detalle> [fecha consulta: 05/10/21]

Características de las personas que viven con obesidad

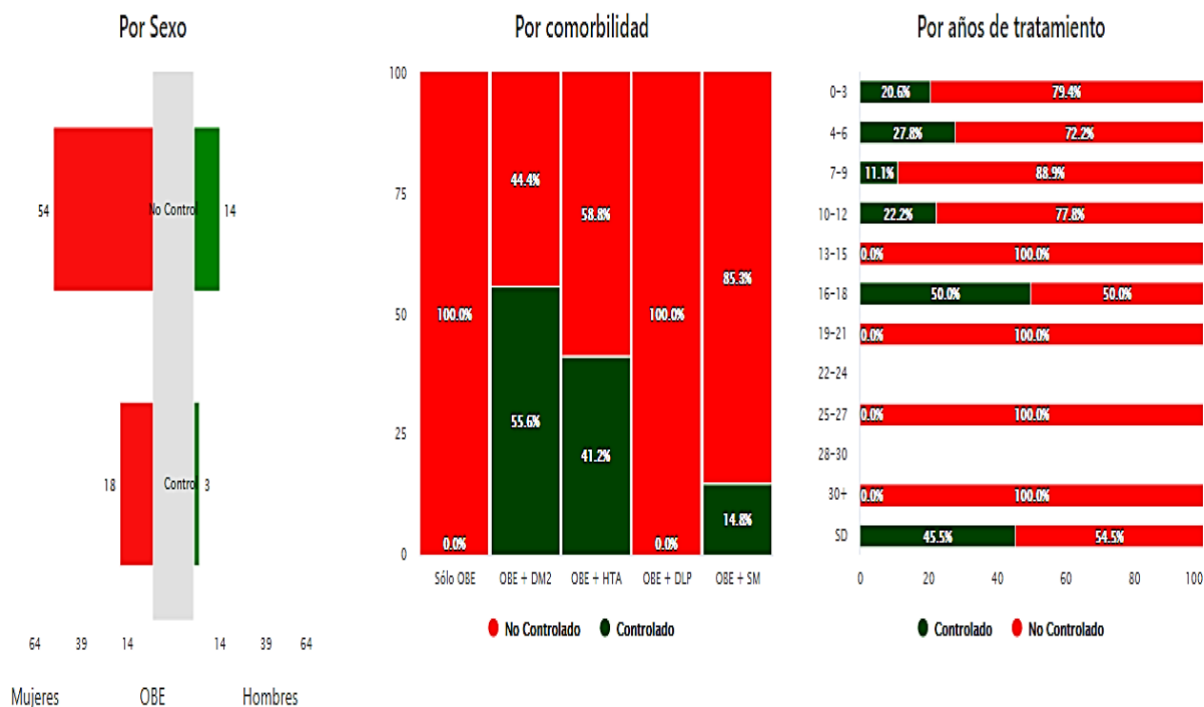
Hay un total de **125** personas que viven con obesidad, de las cuales **94 (75.2%)** son mujeres, y **31 (24.8%)** son hombres.



FUENTE: <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC-DiabetesMellitus-Detalle> [fecha consulta: 05/10/21]

Control de la Enfermedad

89 (71.2%) con medición de IMC en su última cita en 12 meses, de las cuales 21 (23.6%) tienen IMC en control, y 68 (76.4%) tienen IMC no controlado



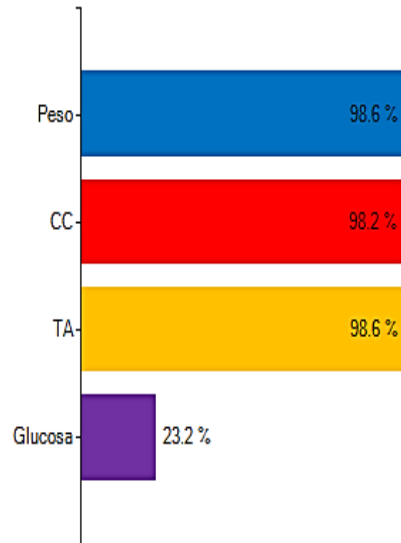
FUENTE: <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC-DiabetesMellitus-Detalle> [fecha consulta: 05/10/21]

En esta misma plataforma es permitido capturar de acuerdo al sistema INDICAS, establece parámetros que evalúan la calidad de la atención médica, tales como son, las mediciones antropométricas en cada consulta, de tal manera que se muestra y se grafica los resultado en la siguiente imagen.

Calidad de la Atención

Realización de mediciones

% con mediciones básicas en la última consulta



FUENTE: <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC-DiabetesMellitus-Detalle> [fecha consulta: 05/10/21]

Finalmente, es importante mencionar que esta parte sigue siendo una situación de suma importancia y de gran impacto a la salud pública, ya que como hemos visto la tendencia es el incremento de pacientes diabéticos y por ende estos fallecen tempranamente por las complicaciones agudas y crónicas de la misma enfermedad. En este sentido es difícil estimar las defunciones de nuestra COMUSA, dado que pese a que se cuenta con una oficialía del Registro Civil ubicado en la avenida Pantitlán, no podemos valernos de los datos que nos proporciona dicha institución, debido a que registra defunciones de varias zonas geográficas del Estado de México, y por ende no exclusivamente para los usuarios de nuestra coordinación municipal.

En cumplimiento al mandato constitucional que otorga a la población residente en la República Mexicana el derecho a la protección de la salud, se establece la necesidad de democratizar la atención de la salud, para mejorar la salud de los mexicanos, por lo cual se establecieron como objetivos primarios a nivel nacional el asegurar la accesibilidad universal a los servicios de salud, pero sobre todo estimular la participación ciudadana para asumir la responsabilidad del autocuidado de la salud; esto último con la finalidad de combatir la transición epidemiológica que se está presentando tras el aumento de patologías crónico degenerativas.

Por tal motivo, los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) surgen como una estrategia por medio de la cual se estimula la adopción de estilos de vida saludables, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación del paciente como parte fundamental e indispensable del tratamiento.

En la actualidad se cuenta con 24 Grupos de Ayuda Mutua a nivel jurisdiccional, distribuidos en los diferentes centros de salud pertenecientes a la jurisdicción; de los cuales sólo 14 estaban acreditados en el año 2019, y el resto estuvo en proceso de acreditación en el año 2021. Cabe destacar que son dos Centros de Salud los que cuentan con 2 grupos y se tiene como proyecto incrementar dicha cifra en el resto para el año 2022, sin embargo es importante destacar que ninguno de estos grupos opera directamente en la comunidad, todos ofrecen sus servicios dentro de las unidades médicas, representando una barrera para nuestros usuarios adultos mayores que tienen factores de riesgo o cuentan patologías crónicas que muchas ocasiones impiden grandes traslados.

Cada uno de los grupos está conformado en su mayoría por personas adultas mayores, específicamente 20 para ser exactos, las cuales participan en las actividades de ejercicio para el cuidado de su salud, actividades que el médico responsable de este programa semanalmente les adiestra en sus rutinas de ejercicio.

La participación social para la acción comunitaria nos permite actuar con acciones anticipatorias sobre los determinantes prioritarios de la salud en el nivel local, con la comunidad y con sus principales actores; alcanzando así uno de los propósitos del Modelo Operativo de Promoción de la Salud. El Programa de Acción de Entornos y Comunidades Saludables se enmarca en el Modelo Operativo de Promoción de la Salud, el cual da prioridad al enfoque anticipatorio, enfatizando sus acciones a nivel local y actuando sobre los determinantes, para fortalecer la salud individual, familiar y comunitaria.

Estos grupos tienen como finalidad promover la salud de los mexicanos por medio del desarrollo de acciones sociales y educativas que incrementan la convivencia pública en materia de salud para proporcionar estilos de vida saludables, además de estimular la acción comunitaria y la participación social a favor de una mejor calidad de vida.

Su objetivo principal es el promover la participación y responsabilidad familiar en la prevención de riesgos y daños a la salud, fomentando estilos de vida y entornos saludables.

Actualmente, los cambios continuos de las condiciones de trabajo están modificando no sólo la forma de trabajar de nuestro municipio, sino también sus hábitos de vida, los patrones de salud y enfermedad, en un esfuerzo por adaptarse a estos nuevos cambios y demandas. Los daños a la salud han sido analizados en cuatro vertientes específicamente centrados a nuestra población adulta mayor derivado de que cada vez son un mayor grupo poblacional: los padecimientos crónicos degenerativos, las enfermedades profesionales, la presencia de síntomas percibidos y la demanda de atención sanitaria.

Bajo este mismo contexto, el desapego de los adultos mayores a sus tratamientos y al autocuidado de su salud es debido en gran medida por la insatisfacción actual que presentan ante la molestia que genera para ellos pasar largos tiempos de espera en una

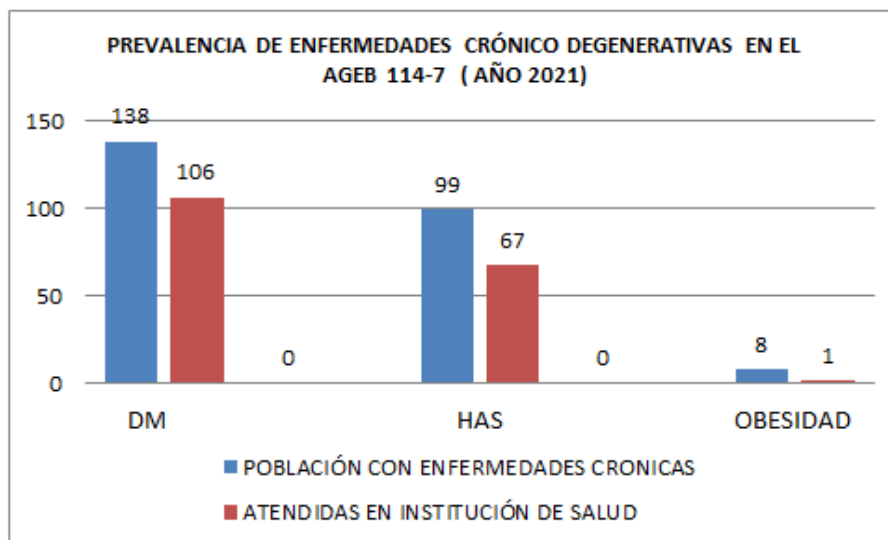
unidad médica, el trato indiferente del personal médico y así mismo la falta de recursos, específicamente de medicamentos que predomina en nuestro Instituto.

Por lo que la finalidad es fortalecer los programas preventivos, lo que a largo plazo redundará en disminución de la demanda curativa que hasta la fecha ha sido motivo de atención de nuestra población adulta mayor. Reflejándose en una mejor percepción de mi institución de salud, al poder recibir en sus hogares las acciones que solo podrían ser otorgadas en una unidad médica; no obstante que en muchas ocasiones a los adultos mayores se les dificulta su traslado a la unidad de salud, sumado a una percepción negativa por un mal trato recibido en alguna institución; dichos factores representan el mayor reto en este trabajo.

IV. INFORME DETALLADO DE ACTIVIDADES

4.1 Reporte de Actividades Desarrolladas

A fin de prevenir enfermedades cronicodegenerativas en personas adultas mayores que se saben sanas y con el fin de identificar a los pacientes adultos mayores con diagnóstico de enfermedad crónica que no han alcanzado sus metas de tratamiento y poder brindarles una opción que coadyuve en el logro del control adecuado de sus patologías, es que inicie este trabajo con una revisión intencionada de las tarjetas de visita familiar que poseo del AGEB 114-7, para identificar el número de personas adultas mayores, así como el número de personas que padecen una enfermedad crónica.



FUENTE: Tarje

De lo mostrado, se puede ver cómo en mi comunidad las enfermedades cronicodegenerativas son padecidas por poco más del diez por ciento de esta, representando un problema de salud pública ya que como podemos observar a pesar de ser una población amplia de 2,208 habitantes sin seguridad social como mencione

en otros capítulos, son pocos los ya diagnosticados con algún trastorno nutricional como lo es la obesidad, y aunque las personas físicamente cumplen con las características de un proceso de mal nutrición, no acuden a recibir un tratamiento, por múltiples motivos; analizada esta información coteje con los registros del Centro de Salud Maravillas y me percaté que ninguno de ellos acudía al Grupo de Ayuda Mutua de la unidad médica, lo que en mi opinión me pareció alarmante y de suma importancia.

Por lo tanto acudí con mi Comité Local de Salud que está integrado por personas de la misma comunidad, para poder plantearles esta problemática y realizar la identificación de las principales situaciones que acontecían en la comunidad y que motivaban en gran medida a no acudir a la unidad para primero participar en el Grupo de Ayuda Mutua que existe en la unidad médica y segundo, recibir atención médica de sus patologías de base.

De esta reunión derivó una Matriz FODA que se muestra a continuación.

MATRIZ FODA PARA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE INASISTENCIA AL GRUPO DE AYUDA MUTUA DEL CENTRO DE SALUD MARAVILLAS

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> -El Centro de Salud es amplio y tiene mobiliario en buenas condiciones. -Horario completo de 08:00a 22:00hrs. -Tiene plantilla de personal completa. -Brinda atención gratuita a personas sin seguridad social. 	<ul style="list-style-type: none"> -Solicitan muchos documentos para cualquier trámite o atención -Acceso complicado para vehículos particulares o transporte local ya que no cuenta con estacionamiento y está ubicado en una zona escolar. -Falta mucho el personal (vacaciones, permisos económicos, jornadas de vacunación) y no existe una adecuada programación. -El tiempo de espera es muy largo, dependiendo de la actividad a veces implica pasar ahí toda la mañana.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> -Pruebas rápidas para control de pacientes con enfermedades crónicas. -Apoyo de los directivos. -Capacitaciones para el personal de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> -Baja demanda de adultos mayores a causa del confinamiento por la pandemia por SARS-Cov2. -Consultorios de medicina general privados dentro de la comunidad. -Crisis de medicamentos derivado del desabasto y falta de surtimiento por empresa subrogada.

FUENTE: Comité Local de Salud AGEB 114-7, minuta Noviembre 2021.

MIEMBROS DEL COMITÉ QUE PARTICIPARON EN ESTA REUNION

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Presidente	Ofelia Fajal Acionando	Ofelia Fajal
Secretario	Merceda Fajal Acionando	Merceda Fajal
Vocal Atención Médica	Luz Mercedes Martinez	Luz Mercedes
Vocal de Nutrición	Luz Mercedes Martinez	Luz Mercedes
Vocal Saneamiento Básico	Silvia Engel Hernandez	Silvia Engel
Vocal Prevención de Accidentes	Itzel Wellanede Ruiz	Itzel Wellanede
Vocal Participación Social	Marco Aurelio Descendico	Marco Aurelio
Vocal Salud Materna	Diana Estelita Galladas Ben	Diana Estelita
Vo. Bo.		
Delegado Municipal		
Médico de la Unidad	Dr. Andres Cedeno	Dr. Andres Cedeno
Enfermera de la Unidad	Exp. Grel Jorge Aramburo Talledos	Jorge Aramburo
TAPS de la Unidad	Alberto Manuel Pineda	Alberto Manuel
Auxiliar de Salud		

FUENTE: Comité Local de Salud AGEB 114-7, minuta Noviembre 2021.

Una vez identificadas las problemáticas que enfrentan las personas adultas mayores y el resto de la población para llegar al Centro de Salud Maravillas y a un Grupo de Ayuda Mutua, es que defino mis estrategias, por lo tanto mi propuesta consiste en integrar un Grupo de Ayuda Mutua en la localidad que sirva de apoyo en su tratamiento, debido a que los adultos mayores refieren una gran problemática para poder trasladarse de forma fácil y económica al centro de salud, por lo tanto el conformar un grupo cerca de ellos les permitirá que acudan y así poder tener los mismos beneficios que aquellos que van a una unidad médica, pero sobre todo en un ambiente sencillo, empático con ellos, que permita un mejor apego para el control de sus enfermedades y una integración entre pares.

La creación de un Grupo de Ayuda Mutua o de Apoyo que realice actividades con los adultos dentro de la localidad y que de manera innovadora ofrezca los servicios de enfermería en beneficio de los adultos mayores y se rote en los domicilios de los adultos mayores que lo integren o bien se ubique en un lugar de fácil acceso, gratuito y al alcance de todos pero que les ofrezca lo siguiente:

- Detecciones de enfermedades crónicas dirigidas a la población adulta mayor que se conozca como aparentemente sana.

- Integrar un Grupo de personas con interés a controlar sus enfermedades crónicas.
- Ejercicio de tipo aeróbico para adultos mayores
- Orientación Nutricional de acuerdo a su edad y actividad física
- Realizar convivencias con los adultos mayores con demostración de platillos nutritivos y de bajo costo, para que estén a su alcance.
- Brindar actividades recreativas y de fortalecimiento cognitivo para adultos mayores, con el objetivo de mejorar sus procesos de plasticidad cerebral y de esta forma retardar o prevenir casos de demencia.
- Detecciones rutinarias, signos vitales, somatometría, IMC, Circunferencia de cintura, glucosa, CHOL, Triglicéridos y Hemoglobina glucosilada totalmente gratis

Y como parte de la búsqueda de la innovación sería fabuloso contar con el directorio de adultos mayores para poder brindarles atención de salud vía telefónica ya que actualmente el cien por ciento de ellos posee un equipo celular con WhatsApp, donde podría compartir con ellos: slayers, infografías de salud, avisos, ejercicios o rutinas de ejercicio y recetarios de cocina de bajo costo y de acuerdo a la temporada del año. No obstante este proceso puede ser interactivo siempre y cuando así lo permitan los adultos mayores.

Para lo cual obviamente trabajaré yo con los adultos mayores, en coordinación con los integrantes de mi comité:

Por lo tanto la realización del presente como parte de mi práctica profesional lo

contemplo en las siguientes fases:

FASE I. Consiste en integrar un grupo de adultos mayores con enfermedades cronicodegenerativas, identificando patologías y recabando sus planes de tratamiento y mediciones basales que permita planear el resto de actividades con ellos.

FASE II. Consiste en seleccionar las intervenciones a realizar con los adultos mayores con fundamento en el análisis previo que se hizo en la fase I, y con fundamento teórico y procedimental según la normatividad vigente priorizar mis intervenciones.

FASE III. Conjuntar criterios para seguir un plan de tratamiento no médico que permita el control de las enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores que conforman el grupo.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE O RESPONSABLES	ACTIVIDADES A REALIZAR
Identificación de la problemática que presentan los adultos mayores para acudir a la unidad médica.	Identificar las necesidades de los adultos mayores o el problema que genera el acudir a una unidad médica.	Vocales integrantes del Comité Local de Salud del AGEB 114-7. Alberto Manuel Pino Ichante. Personal de Salud del Centro de Salud Maravillas.	-Visitas domiciliarias -Entrevistas a los adultos mayores de la comunidad. -Matriz FODA
Resultados esperados: Identificar la información básica que los adultos mayores proporcionan y Realizar estrategias.			

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE O RESPONSABLES	ACTIVIDADES A REALIZAR
------------------------	----------	----------------------------	------------------------

Invitar a adultos mayores a formar parte del Grupo de Ayuda Mutua local	Integrar un grupo de adultos mayores con interés en mejorar su salud.	Vocales integrantes del Comité Local de Salud del AGEB 114-7. Alberto Manuel Pino Ichante. Personal de Salud del Centro de Salud Maravillas.	-Visitas domiciliarias -entrega de material de difusión (volantes)
Resultados esperados: Conformar un grupo de adultos mayores enfermos de Diabetes, Hipertensión u Obesidad, interesados en mejorar su estado de físico y logrando un control de sus patologías.			

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE O RESPONSABLES	ACTIVIDADES A REALIZAR
Sesiones educativas sobre plato del bien comer y alimentación en la vejez.	Orientar a los adultos mayores sobre los alimentos a consumir, que son ideales para mejorar su salud.	Alberto Manuel Pino Ichante. Adultos Mayores participantes	-Visitas domiciliarias. -Demostración de platillos saludables. -Entrega de recetarios culinarios de bajo costo ideales para pacientes crónicos)
Resultados esperados: Mejorar los hábitos alimenticios de los adultos mayores que cursan con enfermedades crónico degenerativas.			

NOMBRE DE LA	OBJETIVO	RESPONSABLE O	ACTIVIDADES A
---------------------	-----------------	----------------------	----------------------

ACTIVIDAD		RESPONSABLES	REALIZAR
Valoración integral de adultos mayores con enfermedades crónicas	Determinar el estado de salud de cada adulto mayor, y realizar el registro inicial de valores basales de cada uno de ellos.	Alberto Manuel Pino Ichante.	-Visitas domiciliarias -Toma de signos vitales, somatometría y realización de destroxix.
Resultados esperados: Identificar el estado en el que se encuentra cada paciente según la enfermedad que padezca y priorizar las intervenciones a seguir con ellos.			

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE O RESPONSABLES	ACTIVIDADES A REALIZAR
Actividades recreativas y de fortalecimiento cognitivo para adultos mayores.	Fortalecer y mejorar el estado cognitivo de los adultos mayores que forman parte del Grupo.	Alberto Manuel Pino Ichante.	-Visitas domiciliarias -Ejercicios como crucigramas, sopas de letras, dibujo, investigaciones, lecturas compartidas.
Resultados esperados: Evitar el deterioro cognitivo de los adultos mayores.			

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE O RESPONSABLES	ACTIVIDADES A REALIZAR
-------------------------------	-----------------	-----------------------------------	-------------------------------

Registro y análisis de resultados para priorización de casos.	Identificar el estado de salud de los adultos mayores para priorizar la atención que se otorgará.	Alberto Manuel Pino Ichante.	-registros
Resultados esperados: Priorizar los problemas de salud de los adultos mayores.			

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE O RESPONSABLES	ACTIVIDADES A REALIZAR
Seguimiento de los adultos mayores y de su estado de salud.	Mejorar el estado de salud del adulto mayor.	Alberto Manuel Pino Ichante.	-registros
Resultados esperados: Reducir mediciones basales del adulto mayor.			

Foto 1. Invitación a adultos mayores para formar parte del Grupo de Ayuda Mutua en la localidad



Fuente: Obtenida dentro del AGEB 114-7

Foto 2. Toma de somatometría y signos vitales en los integrantes del Grupo de Ayuda Mutua dentro de la localidad AGEB 114-7



Fuente: Obtenida dentro de la Sala de Usos Múltiples de la Escuela Primaria Heriberto Enríquez.

Foto 3. Talleres comunitarios a adultos mayores del grupo.



Fuente: Obtenida dentro de las casas de los integrantes del Grupo

Foto 4. Muestra de platillos económicos, fáciles y apegados al plato del bien comer.



Fuente: Obtenida dentro del Grupo de Ayuda Mutua conformado en el AGEB
114-7

Foto 5. Muestra de platillos económicos, fáciles y apegados al plato del bien comer.



Fuente: Obtenida dentro del Grupo de Ayuda Mutua conformado en el AGEB
114-7

Foto 6. Muestra de platillos económicos, fáciles y apegados al plato del bien comer con los integrantes del Grupo



Fuente: Obtenida dentro del Grupo de Ayuda Mutua conformado en el AGEB
114-7 en la sala de usos múltiples de la Escuela Primaria Heriberto Enríquez.

Foto 7. Muestra de platillos económicos, fáciles y apegados al plato del bien comer con los integrantes del Grupo.



Fuente: Obtenida dentro del Grupo de Ayuda Mutua conformado en el AGEB 114-7 en la sala de usos múltiples de la Escuela Primaria Heriberto Enríquez.

Foto 8. Pruebas de glucosa a los integrantes del grupo.



Fuente: Obtenida en las casas de los integrantes del Grupo.

Foto 9. Vacunación a integrantes del grupo



Fuente: Obtenida en las casas de los integrantes del Grupo.

Foto 10. Convivencia del grupo de ayuda mutua



Fuente: Obtenida dentro del Grupo de Ayuda Mutua conformado en el AGEB 114-7 en la sala de usos múltiples de la Escuela Primaria Heriberto Enríquez.

V. *SOLUCIÓN DESARROLLADA Y SUS ALCANCES*

En el presente trabajo destaco la importancia de realizar una adecuada planeación estratégica como parte de las funciones de enfermería asistencial, donde de forma sistematizada se establezcan aquellas alternativas de control a padecimientos crónico degenerativos que hoy en día representan un problema de salud pública.

Logrando con ello que las instituciones de salud reduzcan la aparición de complicaciones en este tipo de patologías mediante el fomento a la salud que se ofrece en un Grupo de Ayuda Mutua dinámico dentro de la misma comunidad donde habitan las personas con estas enfermedades, lo cual permite romper la principal barrera que se identificó como la causante de su nula asistencia a una unidad de salud.

Es importante mencionar que este tipo de grupos dentro de las mismas localidades, permitirá que los adultos mayores puedan coadyuvar en el autocuidado de sus enfermedades, generando un cambio de actitud en ellos, contribuyendo a que el avance científico se acerque a ellos de manera noble y gratificante produciendo como principal beneficio la reducción de niveles de glucosa, peso, o inclusive milímetros de mercurio, lo cual dará pauta a ir aumentando el número de integrantes.

En mi caso logré que veintidós adultos mayores integraran el grupo por lo que primero recolecte datos de identificación, con la finalidad de mantener un control de la permanencia y participación que influirían en su control de sus enfermedades.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE INTEGRANTES DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA CONFORMADO EN EL AGEB 114-7

N°	NOMBRE	Fecha de nacimiento	Edad (años cumplidos)	CURP	Seguridad Social	Género	
						F	M
1	LILIA SALAZAR PALACIOS	07 08 1949	72	SAPL490807MHGLLL00	IMSS	X	
2	PETRA SANCHEZ TORRES	01 07 1955	66	SATP550701MMCNRT08	IMSS	X	
3	PEDRO ARMENTA MEDINA	26 11 1945	75	AEMP451126HGTRDD03	IMSS		X
4	GRACIELA NAVARRO SANCHEZ	29 12 1937	83	NASG371229MDFVNR01	IMSS	X	
5	EVA RIVERA GONZALEZ	20 10 1950	71	RIGE501020MMNVNV06	IMSS	X	
6	MARINA ORTEGA CASTILLO	26 02 1948	73	OECM480226MDFRSR00	INSABI	X	
7	MARTHA MA. MAGANDA SANTOS	11 09 1965	56	MASM650911MMCGNR05	INSABI	X	
8	OCTAVIO VARGAS NUÑEZ	29 09 1972	49	VANO720929HDFRXC08	INSABI		X
9	INDELISA RIOS MERCADO	22 07 1953	68	RIMI530722MDFSRN01	IMSS	X	
10	MARGARITA NAVARRO SANCHEZ	28 04 1942	79	MASM420428MDFVNR01	PEMEX	X	
11	FRANCISCA PAVON VAZQUEZ	15 09 1947	79	PAVF470915MMSVSR00	INSABI	X	
12	RUFINA FLORES	14 06 1961	59	FOXR610661MPLLXF02	IMSS	X	
13	LUZ MARIA RAMOS AGUILAR	26 05 1946	75	RAAL460526MGJMGZ08	INSABI	X	
14	MA. OLIVA DELGADO AVALOS	26 07 1945	75	DEAO450726MMNLVL07	INSABI	X	
15	MANUELA RODRIGUEZ AGUILAR	31 05 1956	65	ROAM560531MDFDGN04	INSABI	X	
16	MARIA GUADALUPE VARGAS ISLAS	07 07 1961	59	VAIG610707MHGRSD11	INSABI	X	
17	NORMA EDITH RIVERA ROSALES	13 03 1971	50	RIRN710313MDFVSR09	INSABI	X	
18	OSVALDO ESCOBEDO CRUZ	26 02 1978	43	EOCO780226HDFRSR07	INSABI		X
19	RITA GONZALEZ MORALES	23 05 1949	71	GOMR490523MDFNRT05	INSABI	X	
20	TRINIDAD GUARNEROS GOMEZ	13-11-49	71	GUCT491113MDFRMR07	INSABI	X	
21	VIRGINIA REYES SALINAS	29 01 1966	55	RESV660129MDFYLR00	INSABI	X	
22	YOLANDA VILLALOBOS MEZA	06 11 1947	73	VIMY471106MDFLZL08	INSABI	X	

FUENTE: Elaboración propia.

V.I Referencias bibliográficas

- González Karla Denisse (2015) “Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas”, CONAPO, México
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Mujeres y hombres en México 2018 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México: INEGI, <a2018.
- González Santana Sergio, González Sierra Alina, K. Chickris Alejandra (2018) La Transición demográfica en México. Instituto de Ciencias Sociales y de Administración Año 15, No 65
- SSA (2016) Estrategia Grupos de Ayuda Mutua, Enfermedades Crónicas LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN 2016. Pp 6-67
- Reis, M.A. *Nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabético tipo 2 de la UMF No 8 de Aguascalientes*[Tesis de Especialidad , Universidad Autónoma de Aguascalientes]. Repositorio Institucional.
- Salcedo-Álvarez RA, Torres-Chirinos M, Zarza-Arizmendi MD(2010) Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería. *Rev CONAMED, Vol 15 (No2) pag 92-98.*
- Aliaga Díaz Elizabeth, Cuba Fuentes Sofía, Mar Meza Marcela (2016) Promoción de la Salud y Prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública Vol. 33 (No2)*
- Alarcón Céron Mayra 2013 Modelo Integrador de enfermería: una estrategia para la Atención Primaria a la Salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc;21(1) p 35-40*

Costilla Alba Teresa, Chamorro Vázquez Elia, Herrera Martínez María Dolores 2018 Enfermería de salud comunitaria: promoción de conductas saludables en una comunidad rural del Estado de México, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. ;26(2):135-43*

Giraldo Osorio, Alexandra; Toro Rosero, María Yadira; Macías Ladino, Adriana María; Valencia Garcés, Carlos Andrés; Palacio Rodríguez, Sebastián La Promoción De La Salud Como

Estrategia Para El Fomento De Estilos De Vida Saludables Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 15, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 128-143

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index.html [fecha de consulta: 07/04/2022]

ANEXOS

- Autorización para titulación o de información: Documento emitido por la institución en el que se especifique que se autoriza el uso de la información para la obtención del título profesional.
- Constancias de cursos de actualización
- Reconocimientos por antigüedad o de buena práctica, etc.
- Formatos