

Universidad autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

División Ciencias Biológicas de la Salud

Licenciatura Medicina

“Modelo de Atención Centrada en la Persona para el Control de Enfermedades Crónicas en el Primer Nivel de Atención”

Implementación del modelo innovador de atención integral centrado en la persona para el Control de Enfermedades crónicas en el centro de salud T.III. Dr. Gastón Melo durante el periodo de febrero de 2021 a enero de 2022.

Nombre: Lizbet Tolentino del Carmen

Matrícula: 2152030756

Promoción de servicio social: 1 febrero del 2021 – 31 de enero del 2022

Alcaldía: Milpa Alta

Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Alejandra Gasca García



30 de enero del 2022

1. Presentación

El propósito de este documento es la recopilación y descripción de todas las actividades realizadas en el diplomado durante mi servicio social en el periodo del 01 de febrero del 2021 al 31 de enero del 2022 para fines de acreditación del Diplomado: Atención integral de la salud centrada en la persona para el Control de Enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de capacidades.

En el presente documento se detallarán las actividades realizadas en las sesiones del diplomado además de mi participación en la implementación del modelo de atención integral a la salud centrada en la persona para el Control de Enfermedades crónicas en el centro de salud T.III. Dr. Gastón Melo como médico pasante del servicio social, en la jurisdicción de Milpa Alta.

Este documento está conformado por una descripción detallada de cada uno de los módulos pertenecientes al diplomado, además de reflexiones y conclusiones de mi experiencia durante este año de servicio social con el proyecto: modelo innovador de atención integral centrado en la persona.

2. El modelo expandido de cuidados crónicos

El modelo de atención centrado en la persona está enfocado en la exploración de la enfermedad y del padecimiento, el entendimiento de la persona en su totalidad, en establecer un proyecto en común y en intensificar la relación médico paciente. Para la implementación de estos puntos en la consulta con de los pacientes.

La población que atendí durante mi servicio social en el centro de salud Dr. Gastón Melo padece primordialmente diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad. Por lo tanto, las actividades que se realice con mayor frecuencia fueron: prueba de glicemia capilar, prueba de perfil de lípidos con cardio-check y pruebas rápidas de hemoglobina glicosilada con el Finecare. Así mismo, detecciones de antígeno prostático, valoración podológica, llenado de tarjeta de registro y control de enfermedades crónica.

En cada consulta se pretendió implementar los componentes de la atención centrada en la persona. Fue primordial consultar e interrogar a la persona acerca de su enfermedad y de sus emociones, su entorno y las problemáticas en su vida cotidiana para el aumentar la confianza y fortalecimiento de la relación-medico paciente. tratando de involucrar al paciente en la toma de decisiones en mayor medida posible para el manejo de sus enfermedades, brindándole más información para lograr el autocontrol de estas. Refiriéndolo a los distintos servicios en los casos que fue necesario (psicología, nutrición, odontología, cardiología, nefrología, etc.) tratando de lograr una atención integral del paciente enfocando la atención en la persona.

3. El diplomado

El diplomado consta de 4 módulos los cuales se abarcaron a lo largo del año de mi servicio social, en las sesiones realizamos varias actividades y dichos módulos se acreditaron con trabajos finales los cuales se anexan en el apartado 4.

Mi participación en el diplomado en las sesiones de cada viernes fue: realización de actividades de equipo, presentación de casos y participación en temas de exposición como la revisión de artículos (por la ADA y AHA, etc.) para el fortalecimiento de nuestros conocimientos para el manejo de las enfermedades crónico-degenerativas fue muy enriquecedor para la implementación de todo lo aprendido en las consultas de seguimiento de los pacientes que atendíamos.

Trabajos en equipos: integrados por 3-5 pasantes para la recopilación de ideas o respuestas que posteriormente se exponían para todos los participantes de la sesión.

Presentación de casos: se realizaba por un compañero pasante, en el cual se presentaba un caso de algún paciente del proyecto. Detallando aspectos relevantes de la persona (sus antecedentes, problemáticas personales, manejo) su avance durante las consultas, sus medicamentos y se aportaban sugerencias en la medicación de la consulta o manejo del paciente. en algunas ocasiones surgían otros temas de interés que se abordaban en otras sesiones del diplomado como el uso de insulinas.

Presentación de artículos de revisión: se realizaban por 1 o varios pasantes en los que se exponían guías de tratamiento o artículos de interés relevantes al módulo en curso.

Encuentro de pacientes: se realizaron ejercicios de preparación para el encuentro de pacientes en diversas sesiones del diplomado, yo participe en 3 encuentros en distintos centros de salud. Los eventos fueron conducidos por un coordinador y recopilados por un relator.

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

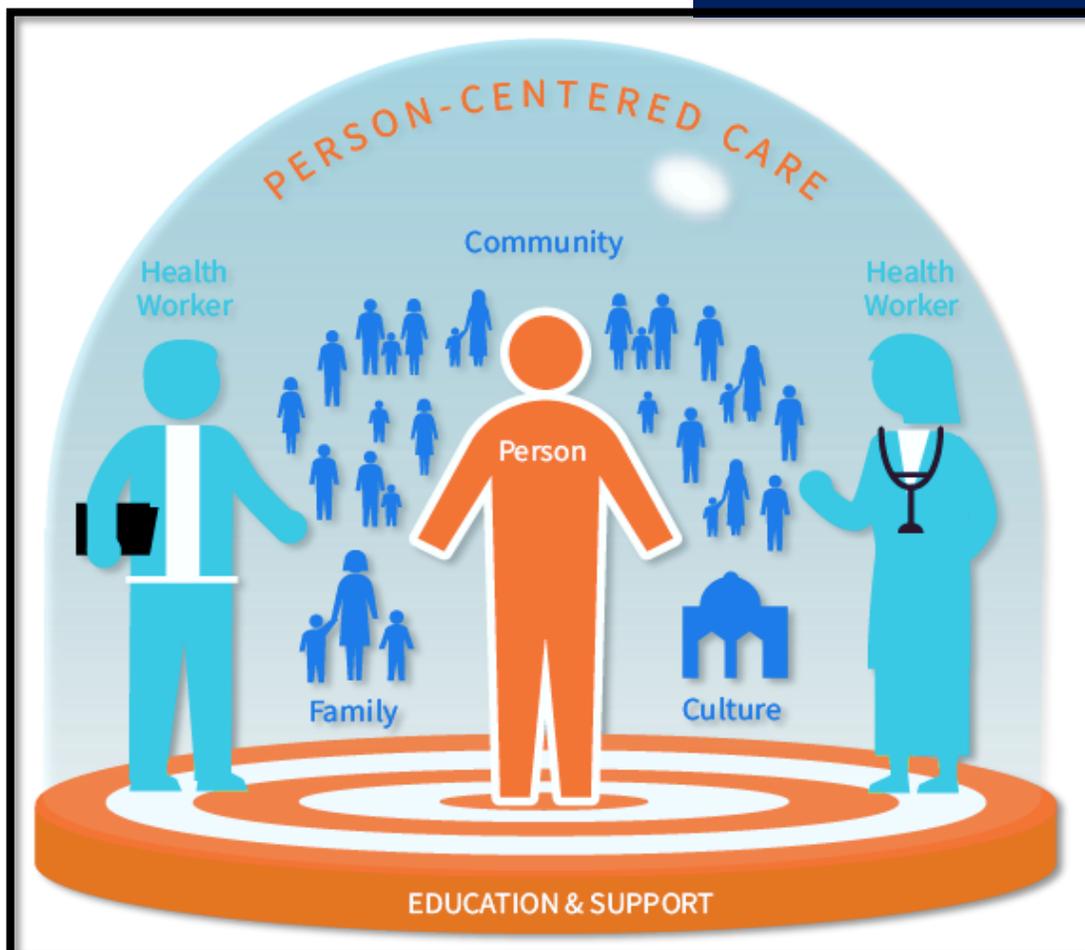


Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO



SECRETARÍA
DE SALUD

Atención centrada en la persona



Modulo 1: "Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades"

Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas

Programa de Vinculación Académica (Modelo de enfermedades Crónicas) en los servicios de salud pública de la Ciudad de México

Autor: LIZBET TOLENTINO
DEL CARMEN

30 de julio del 2021

Índice

Introducción	5
Objetivos	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos.....	5
Justificación	6
Atención centrada en la persona	7
Atención centrada en.....	7
En la persona.....	7
En el paciente	8
El modelo de atención centrada en la persona	9
Conclusión	10
Referencias bibliográficas:.....	10
Anexos:	11

Introducción

La atención centrada en la persona es ver y atender al paciente más allá de solo su enfermedad, sin olvidar que son personas con emociones, considerando su entorno cultural y social. Este concepto, aunque surgió hace aproximadamente 50 años, sigue sin ser preciso. La ambigüedad del término es el principal obstáculo al que se enfrenta este modelo de atención, por lo cual no es aplicado en todos los servicios de salud.

En el modelo de atención centrada en la persona se debe tomar en cuenta todos los aspectos de la vida de la persona para poder individualizar la atención y esto resultara en una atención médica de alta calidad.

La implementación de este modelo de atención en los servicios de salud sería lo ideal. Sin embargo, requiere de la capacitación del personal de salud para poder introducirlos a este tipo de atención y de esta manera aumentar la satisfacción del paciente, su adherencia, control y seguimiento de sus enfermedades con mayor apego al tratamiento.

Objetivos

Objetivo General

El objetivo de este ensayo es entender con claridad el modelo de atención centrada en la persona para su implementación en la práctica clínica.

Objetivos Específicos

- Comprender el concepto “Atención centrada en la persona”
- Explorar la ambigüedad de la definición que existe del modelo de atención centrada en la persona, definido por distintos autores.
- Identificar las principales diferencias entre el modelo de atención centrada en la persona y la atención centrada en el paciente
- Determinar los obstáculos que impiden la implementación del modelo de atención centrada en la persona en todos los servicios de salud.
- Conocer los beneficios que tiene la atención centrada en la persona sobre la atención tradicional.

Justificación

La relevancia de comprender ampliamente el concepto del modelo de atención centrada en la persona, nos permitiría aplicar el uso de este, para su aplicación en la atención que brindamos a las personas y mejorar la calidad del servicio.

Por eso es necesario un análisis del concepto, para poder entenderlo al eliminar la ambigüedad que existe al rededor de este término. La claridad del concepto mejorará la comprensión y facilitará la implementación de este modelo en los distintos niveles de atención. Es importante tratar de universalizar el modelo de la atención centrada en la persona para que este tenga un mayor alcance.

Es por esto por lo que el modelo de atención centrada en la persona es de gran interés para la mejoría de la atención en la consulta.

Atención centrada en la persona

La atención centrada en la persona es ver y atender al paciente más allá de solo su enfermedad, sin olvidar que son personas con emociones, considerando su entorno cultural y social. Este concepto, aunque surgió hace aproximadamente 50 años, sigue sin ser claro, se ha ido modificando para acoplarse cada vez mejor a las necesidades de los servicios de salud para lograr brindar una atención de calidad a las personas. (1)

El principal obstáculo al que se enfrenta este modelo de atención es que aún no se ha logrado definir con precisión, es decir, no contamos con una definición universal de lo que significa la atención centrada en la persona. Esto impide que se pueda emplear en todos los servicios de salud a nivel mundial, ya que da lugar a que el término sea muy subjetivo y varíe según el contexto y espacio en el que se utilice.

Entre la literatura consultada para el análisis de este modelo encontré varios conceptos relacionados con este, que se emplean como sinónimos y aunque el fin es el mismo, brindar la mejor atención posible a las personas, sin embargo, difieren en algunos aspectos. A continuación, menciono algunos términos relacionados con este modelo. (2)

Atención centrada en...

- Atención centrada en la persona
- Atención centrada en el paciente
- Atención centrada en la enfermedad
- Atención centrada en la familia
- Atención centrada en la relación

En la persona

El modelo de atención centrada pretende ver al paciente como una persona, equilibrio entre responsabilidad y poder, alianza en la terapéutica y el personal de salud como personas. (3)

Smith lo define como una atención respetuosa y responsable, considerando las preferencias del paciente, sus necesidades, valores y asegurarnos que la opinión del paciente sea considerada para la toma de decisiones en cuanto a la terapéutica. (4)

Este modelo se puede definir como la atención brindada a una persona con una enfermedad, viéndolo más allá que un simple enfermo. Asegurando el respeto, dignidad, información y colaboración de la persona. Así mismo, brindando soporte emocional, actitud positiva, continuidad y coordinación para el cuidado de la persona, tratando de involucrarlo en la mayor medida posible para la toma de decisiones, considerando todos los aspectos de su vida y así lograr una atención individualizada.

En el paciente

La atención centrada en el paciente pretende involucrar al paciente en la toma de decisiones y dejando que el mismo decida hasta qué grado desea involucrarse, considerando su perspectiva, con la intención de activar al paciente para su propio cuidado. (5) El empleo de este modelo se llevó a cabo en el centro médico de la universidad de Washington con la iniciativa: “Los pacientes son lo primero”, la iniciativa se enfocaba en satisfacer al paciente de sus necesidades de privacidad, confidencialidad, comunicación efectiva y conducta profesional y respeto. Esta iniciativa se enfocó más en la satisfacción del paciente que en sus resultados de salud del paciente. Sin embargo, es importante aclarar que a pesar de que el paciente pueda estar muy satisfecho con la atención brindada, esto no es sinónimo de un mejor resultado en su salud y enfermedad.

No se debe de perder el objetivo principal, el cual siempre será la mejoría en la salud de los pacientes.

Otro modelo relacionado a este es la atención centrada en la enfermedad el cual adopta un modelo de diagnóstico tradicional de las enfermedades ya que imparte del cuerpo del paciente mientras que el diagnóstico general concierne la vida del paciente, es decir, el diagnóstico general se influye más por la atención centrada en el paciente, (5)

La principal diferencia entre la atención centrada en el paciente y la atención centrada en la persona es que la basada en la persona se enfoca más en el tratamiento de la enfermedad del paciente y el segundo término es un concepto más amplio ya que considera todos los aspectos de la vida de la persona,

El modelo de atención centrada en la persona

Este modelo pretende que las personas se interesen e involucren más en su salud, lo cual se logra con mayor éxito cuando ellos tienen un rol activo en la toma de decisiones para el control de sus enfermedades y la preservación de su salud.

Para esto, vale la pena preguntarnos ¿qué es la salud? La OMS la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (6). Otros autores describen la salud como la capacidad para adaptarse y autogestionarse frente a desafíos sociales, físicos y emocionales (7), esta definición se adapta mejor al concepto de automanejo o autosuficiencia de las personas. Es cuando surge una segunda pregunta ¿Cómo lograr que las personas sean autosuficientes con sus enfermedades? En realidad, es algo muy complejo, requiere de la adquisición de varias cualidades que se obtienen con el tiempo por las personas, entre ellas destacan (2):

- Capacidades
- Autocuidado
- Autonomía
- Empoderamiento:

Estas cualidades mejoraran la comunicación entre el personal de salud y los pacientes, subsecuentemente incrementando la calidad de su cuidado, así mismo, aumenta la satisfacción del paciente, su adherencia, control y seguimiento de sus enfermedades con mayor apego al tratamiento.

La implementación de este modelo de atención en todos los servicios de salud sería lo ideal. Sin embargo, requiere de la capacitación del personal de salud para poder introducirlos a este tipo de atención y de esta manera lograr una mejor calidad de atención. (Anexo 1) Ya hemos comentado acerca del uno de los principales propósitos de este modelo que es la mejoría en la calidad de atención que pretende el servicio de salud con el modelo de atención centrada en la persona. Es importante destacar los beneficios que el modelo genera en las personas que forman parte del cómo es la satisfacción con la atención por el personal de salud, desarrollo de capacidades, autocuidado, autonomía y el empoderamiento. (2)

Conclusión

En el modelo de atención centrada en la persona debe tomar en cuenta todos los aspectos de la vida de la persona para poder individualizar la atención que brindáramos y esto permitirá mantener un alto nivel calidad en la atención médica. La gran subjetividad de concepto de este modelo impide su utilización universal, sin embargo, es muy probable que una definición demasiado precisa de la atención centrada en la persona sea un obstáculo para que las personas puedan recibir una atención basada en este modelo. Ya que simple y única descripción del término no lograría captar la complejidad de este modelo.

Por eso es importante informar a todo el personal de salud acerca de este modelo de atención centrado en la persona y contar con programas para la capacitación del personal de salud para la implementación de este.

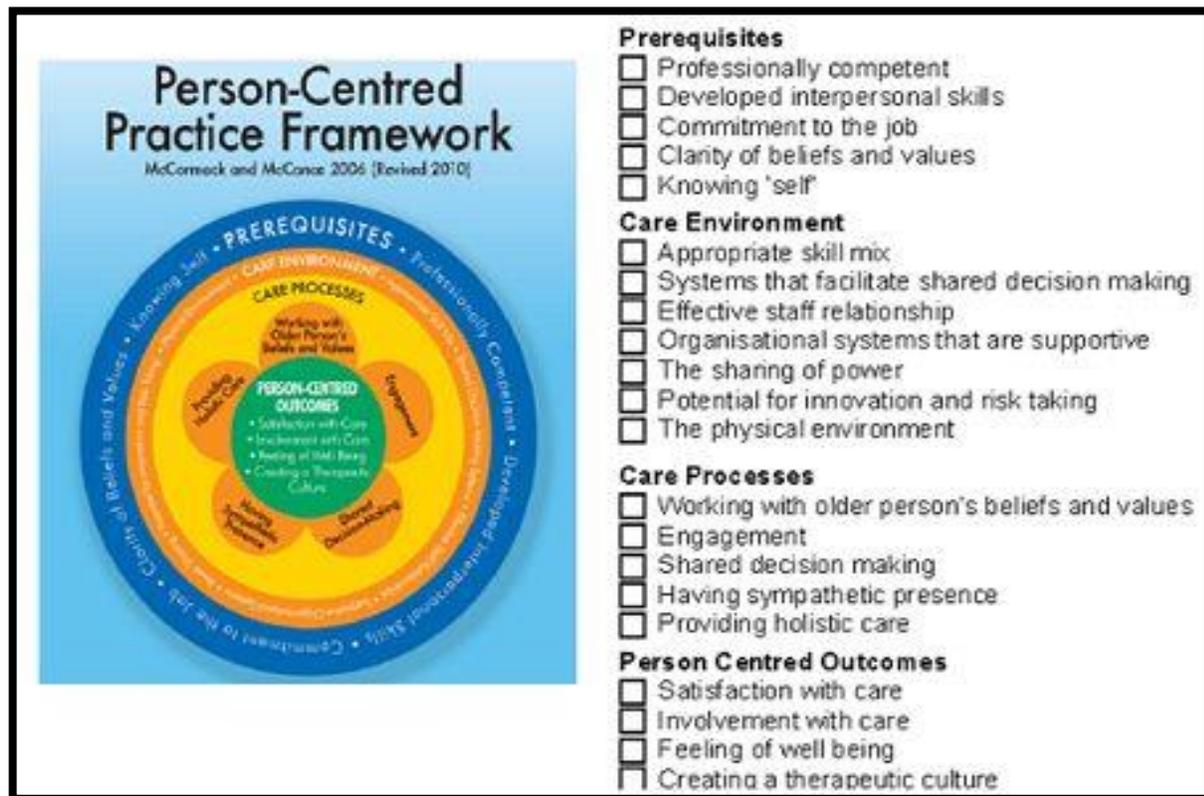
Debido al módulo 1: fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica, ahora reconozco el impacto que tiene este modelo de atención, que ponemos en práctica con los pacientes que vemos día a día en la consulta. La recopilación de información sobre este tema me ayudo a comprender mejor el modelo de atención centrada en la persona y las principales diferencias entre las distintas definiciones de este.

Referencias bibliográficas:

1. Ben Natan M. Patient-Centered Care in Healthcare and its Implementation in Nursing. 101596th ed. Hadera, Israel: International Journal of Caring Sciences; 2017.
2. McCance.T MBDJ. An Exploration of Person-Centredness in Practice. 1621st ed. Practice PCi, editor.: The Online Journal of Issues in Nursing; 2011.

3. Nicola Mead PB. Patient-centredness: a conceptual framework and review of. 51st ed. Pergamon , editor. Oxford Road, United Kingdom: Social Science and Medicine; 2000.
4. Smith-Stoner M. Teaching Patient-Centered Care During the Silver Hour. 1626th ed. Nursing TOJoli, editor.: Centered Care and the Silver Hour; 2011.
5. Medicine NEJo. What is patient-centered care? society Mm, editor.: NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery Jpurnal; 2017.
6. Salud OMDl. Salud. 2100th ed. Nueva York: Conferencia Sanitaria Internacional; 1946.
7. Dominique Van de Velde FDZTS. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis: BMJ; 2019.

Anexos:



Uniting Care Ageing Person-Centered Nursing “Mapping” Framework. (2)

El uso de fitoterapia para el control glucémico en personas con diabetes tipo 2: revisión

Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México

INTRODUCCIÓN

La diabetes un problema de salud que va incrementando de manera exponencial representando una grave amenaza para la salud pública en el mundo. Por eso es importante encontrar herramientas para controlar y tratar esta enfermedad y las complicaciones que surgen debido a ella. (Verma S, 2018) Las plantas medicinales juegan un papel importante en el tratamiento de la diabetes tipo 2, especialmente en países con bajo nivel socioeconómico. Actualmente los agentes hipoglucemiantes como las sulfonilureas y las biguanidas siguen siendo el pilar para el control de los niveles de glucosa, (Mukesh R, 2013) sin embargo, cerca del 80% de la población en los países en desarrollo, utilizan plantas medicinales para el control de enfermedades crónicas no transmisibles. (Verma S, 2018) El uso de la fitoterapia ha incrementado en los últimos años por el aumento en el interés de tratamientos de origen natural.

Es por esto por lo que es de gran interés realizar un análisis de los trabajos de investigación y artículos de revisión acerca del uso de la fitoterapia para el control de la glucosa en pacientes con diabetes tipo 2.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión sistemática fue recopilar y sintetizar la evidencia disponible sobre la eficacia, seguridad y una descripción general del uso de la fitoterapia empleada para el tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2.

MATERIAL Y METODO

Se realizó una búsqueda de literatura electrónica publicada en las principales bases de datos: PubMed, Scielo y Cochrane Library Data Base. Además, de una búsqueda cruzada a partir de

las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados. El intervalo de tiempo para la obtención de los documentos fue del 2002 hasta el 2020. Se incluyeron estudios clínicos publicados en inglés y en español, los artículos seleccionados para esta revisión incluyeron un análisis clínico de las plantas medicinales más utilizadas para el control de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2. Se usaron las siguientes palabras claves para la búsqueda: “diabetes tipo 2”, “control glucémico”, “glucosa”, “medicina tradicional”, “fitoterapia”, “plantas medicinales”.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 18 artículos de los cuales se usaron solo se utilizaron 15 para la descripción de las plantas medicinales y solo 5 de estos implementaron el uso de fitoterapia en animales (ratones y ratas) demostrando su utilidad para el control de niveles de glucosa en sangre. Las plantas con mayor respaldo científico se muestran en la Tabla 1.

Allium Cepa. Cebolla

Componentes químicos: quercetina, rutina, sulfóxidos de L-cisteína disulfuro de alil-propilo

Mecanismos: Inhibición de la α -glucosidasa, aumento de la translocación de GLUT-4 y la captación de glucosa; estimulación de la acción de la insulina, eliminación de radicales libres; aumento de la actividad de la catalasa. (Governa P, 2018). Estudios reportados en animales y personas diabéticas, con ingesta diaria de 100mg, disminuyeron las concentraciones séricas de glucosa. Esto se atribuye al disulfuro propilo de alilo que se encuentra en el bulbo de la cebolla. (García C, 2009)

Aloe vera. Sábila

Es una planta con alrededor de 360 especies diferentes, pertenece a la familia de las asfodeláceas.

Componentes químicos: Ácidos: glutamínico, aártico, aloético, fórmico, palmítico y esteárico (planta). Ascórbico (hoja). Aceites esenciales: cineol, cariofileno, pineno. (García C, 2009)

Mecanismos: reducción de niveles de glucosa en sangre y elevación de niveles de insulina en sangre.

Un estudio realizado en ratas diabéticas inducidas con estreptozotocina se les administro extracto 300mg/kg etanólico de aloe vera durante un periodo de 21 días.

Las ratas mostraron efectos de mejora similares sobre el estrés oxidativo en comparación con el grupo de control de ratas diabéticas. (Rajasekaran S, 2005)

Cinnamomum zeylanicum. Canela

Principales componentes químicos: Cinamaldehído

Mecanismos: Efecto insulino-trópico; regulación de la proteína tirosina fosfatasa 1B; regulación del receptor insulina quinasa; modulación del metabolismo de los carbohidratos; inhibición de la amilasa y glucosidasa pancreáticas e intestinales; estimulación de la captación de glucosa celular; aumento de la expresión de GLUT-4; aumento de la expresión de los receptores activados por proliferadores de peroxisomas. (Governa P, 2018)

Moringa Oleitera. Moringa

De la familia *Moringaceae*. Se utilidad de la planta se encuentra en las hojas y semillas.

Componentes químicos: metanol

Mecanismos: inhibición de las actividades de α -amilasa y α -glucosidasa, aumento de la captación de glucosa en los músculos y el hígado, inhibición de la captación de glucosa desde el intestino, disminución de la gluconeogénesis en el hígado y aumento de la secreción y sensibilidad a la insulina. Un estudio realizado en ratones En ratones diabéticos inducidos por aloxano, se les adminitro 500mg/kg de M. oleifera y mostraron una reducción de la glucosa en sangre y una alta actividad antioxidante. Se obtuvo el mismo resultado en ratas diabéticas inducidas por estreptozocina tratadas con 250mg/kg de extracto de metanol de hojas de M. oleífera. (Otto W. Vargas-Tineo, 2020)

Momordica charantia. Melon amargo

Componentes químicos: Triterpenoides de cucurbitano, Momordin

Mecanismos: reducción de los niveles de glucosa en sangre; modulación de la secreción de insulina; estimulación de la translocación de GLUT-4; regulación positiva del sustrato 1 del receptor de insulina; aumento de la fosforilación de AMPK, reducción de TNF- α , translocación nuclear de NF- κ B, inducción de la expresión de ARNm de PPAR γ . (Governa P, 2018)

Opuntia vulgaris. Nopal

El nopal es un género de plantas de la familia de las cactáceas que consta de más de trescientas especies, aparte de ser una planta emblemática de nuestro país.

Componentes químicos: nopalinaza, pectina y fibra. Mecanismos: interfiere con la absorción intestinal de la glucosa. Los estudios realizados en animales han informado disminuciones en la glucosa posprandial y HbA1c con efectos sinérgicos con la insulina. (García C, 2009)

Trigonella foenum-graecum. Fenogreco

Componentes químicos: trigonelina, diosgenina, 4-hidroxiisoleucina y fibra

Mecanismos: Actividad antioxidante; modulación del metabolismo de la glucosa; inducción de la regeneración de las células β , aumento de la secreción de insulina; inducción de la regeneración de células β ; actividad antioxidante; promoción de la diferenciación de adipocitos; mejora de la captación de glucosa dependiente de insulina, estimulación de la secreción de insulina dependiente de glucosa; reducción de la resistencia a la insulina; inhibición de la sacarosa α -D-glucosidasa y α -amilasa, inhibición de enzimas hidrolizantes de lípidos y carbohidratos; reducción de la absorción de glucosa. (Governa P, 2018)

DISCUSIÓN

A pesar de la gran cantidad de bibliografía disponible, la eficacia clínica de las plantas medicinales en el tratamiento de la diabetes sigue siendo un misterio, ya que los estudios son deficientes, poseen inconsistencias clínicas, principalmente por la metodología utilizada en la realización de los estudios clínicos (pequeña muestra) y falta de información (dosis necesaria, efectos adversos y contraindicaciones para el uso de estas plantas). Lo que genera muchas ambigüedades para el uso de estas plantas en el tratamiento de la diabetes tipo 2. Aparte los estudios utilizados para esta revisión fueron realizados durante un periodo muy corto para comprobar la efectividad de la fitoterapia para el control glucémico, se debería tomar en consideración el uso de HbA1c como parámetro para valorar la eficacia de las plantas, ya que es importante destacar que la vida media de un eritrocito es de 120 días y los estudios analizados abarcaron periodos cortos, menores a dos meses. Sin embargo, los datos reportados en estos estudios reportan efectos hipoglucemiantes con el uso de las plantas medicinales para el control de la diabetes.

Las plantas medicinales más citadas y con mayor soporte científico fueron: *Allium Cepa*, *Cinnamomum zeylanicum* y *Trigonella foenum-graecum*, estas plantas demostraron tener un efecto hipoglucémico ya que contienen sustancias como glucosidos, alcaloides, terpenoides, flavonoides. Sin embargo, hasta el momento no hay suficiente evidencia para recomendar o desalentar el uso de las plantas medicinales a los pacientes con diabetes tipo 2.

CONCLUSIONES

Las plantas medicinales tienen un gran potencial para el control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2. Sin embargo, los datos de la eficacia y seguridad del uso de las plantas medicinales es limitada, es por este motivo relevante e importante darle seguimiento a la investigación del uso de las plantas medicinales y realizar investigaciones exhaustivas que correlacionen la actividad hipoglucemiante y la composición química de las plantas medicinales y obtener información más precisa acerca de las dosis adecuadas, interacciones y contraindicaciones para mejorar la seguridad y eficacia en la que se emplean, logrando la optimización del uso de la fitoterapia para el control de la diabetes.

Nombre científico / Nombre común	Consideraciones para su utilización	Parte Utilizada / Dosis recomendada
Allium Cepa Cebolla Familia: Amaryllidaceae	Se considera seguro cuando se consume dentro de una dieta equilibrada. Utilizar con precaución en pacientes con anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios o antihipertensivos. Precaución cuando se administra junto a medicamentos metabolizados por el CYP450.	Bulbo 20g de cebolla fresca al día tres veces al día. 100mg/día
Cinnamomum zeylanicum Canela Familia: Lauraceae	Se considera segura cuando se usa como especia en los alimentos, y puede disminuir los niveles de glucosa en sangre. Evitar el uso concomitante con anticoagulantes.	1-3 g/día
Momordica charantia Melon amargo / Cundamor Familia: Cucurbitaceae	Usar con precaución en pacientes con alergia a caléndulas, crisantemos, ambrosía y margaritas. Evitar su uso en niños, pacientes con alergia a calabaza o melón y en pacientes con déficit de G6PDH. Tener especial precaución en pacientes tratados con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios	Hojas 2-3 g/día
Opuntia vulgaris Nopal Familia: Cactaceae	Se considera seguro cuando se consume dentro de una dieta equilibrada, pudiendo reducir los niveles en sangre de glucosa y colesterol. Utilizar con precaución en pacientes con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios. Precaución cuando se administra junto a medicamentos metabolizados por el CYP450.	Hojas y tallos 100-600 mg / día
Trigonella foenum-graecum Fenogreco Familia: Fabaceae	Se puede experimentar reacciones adversas gastrointestinales. Espaciar en el tiempo la administración de fenogreco con otros medicamentos por vía oral (tomar fenogreco 1 hora antes o 2 horas después).	Fruto 5-100 g/día

Tabla 1. Plantas medicinales para el control de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2.

Bibliografía

Acosta-Recalde P, L. G. (2018). Uso de plantas medicinales y fitoterápicos en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.*

- Alqathama A, A. G. (2020). Herbal medicine from the perspective of type II diabetic patients and physicians: what is the relationship? *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 1-9.
- Domínguez-Fernández, R. (2012). El gel de Aloe Vera: Estructura, composición química. *Revista Mexicana de Ingeniería Química*, Vol. 11, No. 1 23-43.
- Evert, A. B., Boucher, J. L., Cypress, M., Dunbar, S. A., Franz, M. J., Mayer-Davis, E. J., . . . Yancy, W. S. (2014). Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes. *Diabetes Care*, Volume 37, Supplement 1.
- Gallego C, F. F. (2015). Plantas medicinales en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: una revisión. *Farmacéuticos Comunitarios*, 7(4):27-34.
- García C, P. B. (2009). Uso de plantas medicinales y suplementos dietéticos para el control glucémico de la diabetes. *Revista Chapingo Serie Zonas Áridas*, 8:229-239.
- Governa P, B. G. (2018). Phytotherapy in the Management of Diabetes. *Multidisciplinary Digital Publishing Institute*, 23, 105.
- GPC. (2015). *Dietoterapia y alimentos. Pacientes con diabetes mellitus*. México: Instituto Mexicana del Seguro Social.
- Kooti, W., Farokhipour, M., Asadzadeh, Z., Ashtary-Larky, D., & Asadi-Samani, M. (2016). The role of medicinal plants in the treatment of diabetes: a systematic review. *Electronic physician*, 8(1), 1832–1842.
- Molina, A. A. (2002). La herbolaria mexicana en el tratamiento de la diabetes. *Diabetes*.
- Mukesh R, N. P. (2013). Medicinal Plants with Antidiabetic Potential-A Review. *American-Eurasian J Agric Environ Sci*, 13(1): 81-94.
- Organization, W. H. (2005). *Selected Medical Plants*. Salerno-Paestum, Italy: World Health Organization.
- Otto W. Vargas-Tineo, D. M.-M.-G.-T.-D. (2020). Efecto hipoglicemiante de Moringa oleifera (moringa) comparado con Smallanthus Sonchifolius (yacón) en Rattus norvegicus con diabetes mellitus inducida. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, Volumen 37.
- Patience, O. O., Estella, U. O., & Philip, F. U. (2014). The search for new hypoglycemic agents from plants. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 8(11), 3.
- Rajasekaran S, S. K. (2005). Antioxidant effect of Aloe vera gel extract in streptozotocin-induced diabetes in rats. *Institute of pharmacology Polish Academy of Sciences*, 57, 90-96.
- Richard Nahas, M. M. (2009). Complementary and alternative medicine for the treatment of type 2 diabetes. *Canadian Family Physician*, Vol 55.
- Vargas O, S. D. (2020). Efecto hipoglicemiante de Moringa oleifera (moringa) comparado con smallanthus sonchifolius (yacón) en Rattus norvegicus con diabetes mellitus inducida. *Revista Peru Med Exp Salud Publica* , 37 (3).

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

Organización de los encuentros de los pacientes fue realizado por un coordinador y apoyado por un relator para la recopilación de información.

Participo en el encuentro de personas con enfermedades crónico-degenerativas en 3 distintos centros de salud, mi participación en todos los encuentros fue de relatora. La preparación para estos encuentros consistió en 3 sesiones del diplomado previas a los encuentros en el que varios compañeros obtuvieron el rol de coordinadores y otros de relatores. Estos ejercicios nos permitieron tener mayor confianza al momento de estar hablando con las personas acerca de sus padecimientos y de las actividades que se realizan para mejor control y seguimiento de sus enfermedades. todos los encuentros a los que acudí fueron muy fructíferos y de gran aprovechamiento para mi formación como médico. Afortunadamente se logró una gran participación por varias personas que forman parte del proyecto de la modelo innovadora de la atención integral centrado en la persona para el Control de Enfermedades crónicas.

A continuación, se incluyen las 3 relatorías de los 3 distintos encuentros en los que participe.

Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México.

Un enfoque de capacidades

Encuentro de Pacientes: MILPA ALTA

Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas

NOMBRE DE ACTIVIDAD: ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA
JURISDICCION SANITARIA: MILPA ALTA AUDITORIO DEL C.T.III GASTON MELO (AVENIDA DR. GASTÓN MELO S/N COL. PUEBLO SAN JUAN TEPENAHUAC C.P.12800)
FECHA: 15 DE JULIO DEL 2021
AGENDA DE ACTIVIDAD
09:00-09:15: BIENVENIDA 09:15-10:00: INFORME DE AVANCE 10:00-12:00: GRUPOS DE DISCUSIÓN 12:00-13:00: PLENARIA 13:00-13:10: CLAUSURA
NIVEL
B. RELACIÓN MÉDICO -PACIENTE (GRUPO 2)

GRUPOS PARTICIPANTES**COORDINADORA:**

DIANA LAURA RODRIGUEZ (GRUPO 2)

RELATORA:

LIZBET TOLENTINO DEL CARMEN (GRUPO 2)

REPRESENTANTE UAM-XOCHIMILCO:

ALEJANDRA GASCA GARCÍA

PERSONAS PARTICIPANTES	SEXO	EDAD	CENTRO DE SALUD
FRANCISCA ALBA CHIN	F	69	C.T.III DR. GASTÓN MELO
OLIVIA VERA MEDINA	F	70	C.T.III DR. GASTÓN MELO
MARIA HERNANDEZ VITE	F	62	C.T.III DR. GASTÓN MELO
RUBEN SANCHEZ GARCIA	M	74	C.T.III DR. GASTÓN MELO
MARIA SUAREZ VERA	F	66	C.T.III DR. GASTÓN MELO
PEDRO GARCIA SOSA	M	58	C.T.III DR. GASTÓN MELO
GRACIELA SOTO MARTINEZ	F	51	C.T.III DR. GASTÓN MELO
MARIA DEL PILAR ALVARADO FUENTES	F	57	C.T.III DR. GASTÓN MELO

1. Datos de la Sesión**Objetivo de la sesión:**

Responder y comentar las preguntas acerca de fortalezas, debilidades, mejorar las fortalezas y disminuir las debilidades.

Hora de inicio: 09:05hrs**Hora de finalización: 11:30hrs****2. Agenda de la sesión:**

Horario	Actividad
09:05hrs	Bienvenida: Se inicia la bienvenida a los pacientes por el director del C.T.III Dr. Gastón Melo y la Dra. Alejandra Gasca, se les agradece, por su presencia, así como por el compromiso que es llegar a la reunión, se da la información respecto a las medidas de protección contra SARS COV 2, se realiza limpieza de manos, y se invita a los pacientes a sentarse, respetando la sana distancia, se da comienzo a la presentación.
09:10hrs	Presentación: se da una breve presentación de los involucrados en el proyecto de la secretaria de salud y de los pasantes.
09:20hrs	

09:50hrs	<p>Informe de avance: Durante la presentación de los resultados las personas mostraron un gran interés.</p> <p>Se realiza un pequeño receso de 10 minutos para que lo pacientes vayan al baño, consuman agua y fruta que se les ofreció en el encuentro.</p> <p>Grupos de discusión: Se dividen a los participantes en dos grupos para evitar la aglomeración de personas. Se formaron grupo de 7 personas ya que algunos pacientes acudieron con acompañantes por contar con algún tipo de discapacidad. Cada grupo fue formado por 4 pacientes más sus acompañantes.</p> <p>El grupo 1 se quedo en el auditorio de la jurisdicción (ANEXO 1) y el grupo 2 (ANEXO 2) se desplazó a un Aula para poder realizar la discusión de los temas.</p>
10:05 hrs	<p>Inician los grupos de discusión (descripción detallada del grupo de discusión 2 en la siguiente página).</p>
11:15hrs	<p>Plenaria: se realiza retroalimentación de los grupos de discusión, el grupo 1 discutió a nivel personal y el grupo 2 el nivel médico-paciente. Los relatores hicieron comentarios de todos los temas que comentaron las personas participantes, se dio una pequeña retroalimentación por parte de las personas. (ANEXO 3)</p>
11:30hrs	<p>Clausura: Las personas parecían estar muy contentas y comentaron que les gustaría acudir a mas eventos como estos, ya que aprendieron mucho y se sintieron escuchados por el personal de salud. Se dio por terminada la sesión. (ANEXO 4)</p>

Descripción detallada de la sesión: (1 de 3)

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

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

NIVEL B: RELACION MÉDICO -PACIENTE

1. Como personas que vivimos con alguna enfermedad crónica y que acudimos al centro de salud a la consulta con nuestra doctora o doctor:

¿Cuáles son las fortalezas que tenemos en esta relación para lograr un buen control de nuestras enfermedades crónicas?

- La medicina es una fortaleza, porque con ella nos curamos.
- La alimentación es otra gran fortaleza para el control de nuestras enfermedades.

a. ¿Cuál es el significado que dan a la fortaleza que sea nombrada?

b. ¿Por qué es una fortaleza de la relación con nuestro médico o paciente?

- El apoyo que proporcionan los médicos (el trato cálido y humano)
- Ser atendidos por un solo médico.

-Tener confianza con el personal medico y recibir un trato profesional de parte de ellos.

-La fortaleza se encuentra en tener una buena comunicación entre médico-paciente, cuando dan indicaciones claras y precisas. Dando una adecuada orientación acerca de las enfermedades y tratamientos.

c. ¿Como podemos mejorar o aumentar las fortalezas que hemos identificado en la relación que tenemos con el médico o medica?

-Capacitando a los médicos con cursos de humanidad.

-Tener un solo medico de base.

2. Como personas que vivimos con alguna enfermedad crónica: ¿Cuáles son las debilidades que tenemos en la relación que establecemos con nuestro medico o medica para lograr un buen control de nuestras enfermedades crónicas?

a. ¿Cuál es el significado que dan a la debilidad que sea nombrada?

-Trato inadecuado por el personal de salud, trato déspota e inhumano. Falta de respeto de los médicos hacia las personas.

- Falta de insumos, reactivos y medicamentos para llevar un adecuado control de las enfermedades.

-Falta de recursos económicos de las personas para sustentar los gastos de sus medicamentos para llevar un adecuado manejo de sus enfermedades.

-Ser atendido(a) por distintos médicos cada consulta

Descripción detallada de la sesión: (2 de 2)

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

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

2. Como personas que vivimos con alguna enfermedad crónica: ¿Cuáles son las debilidades que tenemos en la relación que establecemos con nuestro médico o médica para lograr un buen control de nuestras enfermedades crónicas?

b. ¿Por qué es una debilidad?

-Porque no permite que se tenga un adecuado control de las enfermedades si no se cuenta con los recursos necesarios.

-Al no tener un médico de base fijo genera un obstáculo entre la confianza y relación médico-paciente, ya que esto afecta el adecuado seguimiento de las personas.

- c. ¿Cómo podemos superar las debilidades que hemos identificado en la relación que establecemos con nuestro médico o médica para lograr un buen control de nuestras enfermedades crónicas?**
- Logrando que los médicos brinden un trato humano a todas las personas.
 - Surtiendo adecuadamente las farmacias de medicamentos en todos los centros de salud.
 - Teniendo un expediente completo y confiable de cada persona para que cualquier medico pueda conocer las enfermedades que padecen las personas, en caso de que tengan que recibir consulta por otro médico.
 - Asignando un médico de base fijo para el seguimiento de las personas.

Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México.

Un enfoque de capacidades

Encuentro de Pacientes: TLAHUAC

Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas

NOMBRE DE ACTIVIDAD: ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA
JURISDICCION SANITARIA: TLAHUAC AULA DEL CENTRO DE SALUD T.III S. FRANCISCO TLALTENCO, ANDRES QUINTANA ROO S/N ESQ. GENERAL CARLOS A. VIDAL, PUEBLO SAN FRANCISCO TLALTENCO
FECHA: 19 DE JULIO DEL 2021
AGENDA DE ACTIVIDAD
09:00-09:15: BIENVENIDA 09:15-10:00: INFORME DE AVANCE 10:00-12:00: GRUPOS DE DISCUSIÓN 12:00-13:00: PLENARIA 13:00-13:10: CLAUSURA
NIVEL
A. PERSONAL
GRUPOS PARTICIPANTES
COORDINADOR: MAURICIO ENRIQUE CONTRERAS (GRUPO 3)
RELATORA: LIZBET TOLENTINO DEL CARMEN (GRUPO 3)
REPRESENTANTE UAM-XOCHIMILCO: ALEJANDRA GASCA GARCÍA

PERSONAS PARTICIPANTES	SEXO	CENTRO DE SALUD
ERNESTINA VALDEZ U.	F	C.T.III S. FRANCISCO TLALTENCO
VICENTE MORENO TIRZO	M	C.T.III S. FRANCISCO TLALTENCO
ELVIRA CHOLICO ARECHIGA	F	C.T.III S. FRANCISCO TLALTENCO
EUSTOLIA MEDINA VALDEZ	F	C.T.III S. FRANCISCO TLALTENCO
NISTAURIA NIZARETE V.	F	C.T.III S. FRANCISCO TLALTENCO
MARGARITA CRUZ CASTILLO	F	C.T.III S. FRANCISCO TLALTENCO
MATILDE MENDEZ JIMENES	F	C.T.III S. FRANCISCO TLALTENCO

3. Datos de la Sesión

Objetivo de la sesión: Responder y comentar las preguntas acerca de fortalezas, debilidades, mejorar las fortalezas y disminuir las debilidades.	
Hora de inicio: 09:15hrs	Hora de finalización: 12:30hrs

4. Agenda de la sesión:

Horario	Actividad
09:15hrs	Bienvenida: la Dra.Alejandra Gasca les da la bienvenida a las personas, se les agradece, por su presencia, así como por el compromiso que es llegar a la reunión, se da la información respecto a las medidas de protección contra SARS COV 2, se realiza limpieza de manos, y se invita a los pacientes a sentarse, respetando la sana distancia, se da comienzo a la presentación (ANEXO 1).
09:20hrs	Presentación: se da una breve presentación de los involucrados en el proyecto de la secretaria de salud y de los pasantes.
09:30hrs	Informe de avance: el informe de fue dado por la Dra.Alejandra
10:10hrs	Grupos de discusión: Se dividen a los participantes en 3 grupos para evitar la aglomeración de personas. Cada grupo fue formado por 7 personas y se acabaron los tres niveles de discusión.
10:15hrs	Inician los grupos de discusión (descripción detallada del grupo de discusión 3 en la siguiente página).
11:30hrs	Plenaria: se realiza retroalimentación de los grupos de discusión, el grupo 3 discutió a nivel personal. Los relatores hicieron comentarios de todos los temas que comentaron las personas participantes, se dio una pequeña retroalimentación por parte de las personas (ANEXO 2).
12:00hrs	Clausura: Se les otorgo reconocimientos a todos los participantes, posteriormente se les dio un pequeño obsequio por asistir (careta y cubrebocas) y una colación (fruta, sándwich y agua) ANEXO 3.
12:30hrs	Las personas parecían estar muy agradecidos por el trato del personal de salud del centro de salud y comentaron que les

	gustaría acudir a más eventos como estos. Se dio por terminada la sesión (ANEXO 4).
--	---

Descripción detallada de la sesión: (1 de 3)

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

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

NIVEL A: Personal

3. Como personas que vivimos con alguna enfermedad crónica: ¿Cuáles son las fortalezas que tenemos para lograr un buen control de esta enfermedad?

a. ¿Cuál es el significado que dan a la fortaleza que sea nombrada?

b. ¿Por qué es una fortaleza?

-La alimentación es otra gran fortaleza para el control de nuestras enfermedades. Tener un balance en nuestra alimentación, encontrando un equilibrio para el consumo de los antojitos.

-Yo, ser autosuficiente me hace sentir bien y encontrando amor propio para salir adelante.

-La familia es una fortaleza, para seguir motivados y cuidarnos y no arrastrarlos con nuestra enfermedad ya que no quiero que la familia sufra por mi enfermedad.

-Encontrando motivación la cual obtenemos por parte de la familia y de los médicos. Esto nos permite mantener un buen estado de ánimo.

-Los vínculos que generamos con nuestra familia, amigos, nos ayudan a salir adelante.

-Tener consciencia de nuestra enfermedad y de las cosas que nos pueden agravar la enfermedad

c. ¿Como podemos mejorar o aumentar las fortalezas que hemos identificado?

-Teniendo fuerza de voluntad, tratando de buscar la felicidad

-Ser constantes con el cuidado de nuestras enfermedades

-Mejorar nuestra alimentación

-Vencer el miedo que nos generan nuestras enfermedades

-No depender solo de los medicamentos para el control de nuestras enfermedades.

-Educarnos para entender nuestras enfermedades y aprender a mejorar el cuidado que tenemos de ellas.

Descripción detallada de la sesión: (2 de 2)

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

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

3. Como personas que vivimos con alguna enfermedad crónica: ¿Cuáles son las debilidades que tenemos en la relación que establecemos con nuestro médico o médica para lograr un buen control de nuestras enfermedades crónicas?

- a. ¿Cuál es el significado que dan a la debilidad que sea nombrada?**
- b. ¿Por qué es una debilidad?**

-La información falsa /rumores obtenida por amigos y familiares nos crean miedos con nuestra enfermedad, por ejemplo, los rumores de que la insulina nos deja ciegos.

-La desconfianza que nos generan los médicos cuando nos mal diagnostican ciertas enfermedades o cuando vamos con varios médicos y todos nos dicen algo diferente.

-La economía, ya que esto no permite que se tenga un adecuado control de las enfermedades si no se cuenta con los recursos necesarios.

- c. ¿Cómo podemos superar las debilidades que hemos identificado?**

-Acudiendo a mas platicas acerca de nuestras enfermedades para poder aprender mas y entender como funcionan.

-Obteniendo apoyos para poder solventar el gasto de nuestras enfermedades y que el centro de salud nos proporcione los medicamentos que necesitamos.

**Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas
en unidades de primer contacto de la Ciudad de México.**

Un enfoque de capacidades

Encuentro de Pacientes: TLALPAN

Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas

NOMBRE DE ACTIVIDAD: ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA		
JURISDICCION SANITARIA: TLALPAN - C.T.III AMPLIACION HIDALGO FRANCISCO I. MADERO 1, MIGUEL HIDALGO 3RA SECCION, TLALPAN		
FECHA: 14 DE JULIO DEL 2021		
AGENDA DE ACTIVIDAD		
09:00-09:15: BIENVENIDA 09:15-10:00: INFORME DE AVANCE 10:00-12:00: GRUPOS DE DISCUSIÓN 12:00-13:00: PLENARIA 13:00-13:10: CLAUSURA		
NIVEL		
A. PERSONAL B. RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE		
GRUPOS PARTICIPANTES		
COORDINADORA: MARTHA VELASCO ESPIN		
RELATOR(A): DAMIAN RAMIREZ MALAGÓN LIZBET TOLENTINO DEL CARMEN		
PERSONAS PARTICIPANTES	SEXO	CENTRO DE SALUD
MARIA LUISA JIMENEZ RIVERA	F	C.T.III AMPLIACIÓN HIDALGO
GARNICA LOPEZ	M	C.T.III AMPLIACIÓN HIDALGO
INES ARELLANO M	F	C.T.III AMPLIACIÓN HIDALGO
JUAN A. IZQUIERDO	M	C.T.III AMPLIACIÓN HIDALGO
EUGENIA BRUNO FLORES	F	C.T.III AMPLIACIÓN HIDALGO
SALVADOR HERNANDEZ	M	C.T.III AMPLIACIÓN HIDALGO
FRANCISCA LOPEZ	F	C.T.III AMPLIACIÓN HIDALGO

5. Datos de la Sesión

Objetivo de la sesión: Responder y comentar las preguntas acerca de fortalezas, debilidades, mejorar las fortalezas y disminuir las debilidades.	
Hora de inicio: 09:15	Hora de finalización: 11:05

6. Agenda de la sesión:

Horario	Actividad
10:15 hrs	Bienvenida: Se inicia la bienvenida a los pacientes (ANEXO 1), se les agradece, por su presencia, así como por el compromiso que es llegar a la reunión, se da la información respecto a las medidas de protección
10:18 hrs	contra SARS COV 2, se realiza limpieza de manos, y se invita a los pacientes a sentarse, respetando la sana distancia, se da comienzo a la presentación.
10:20 hrs	Presentación: Durante la presentación los participantes se encuentran muy ansiosos de participar, y durante las diapositivas una se cuestiona, él porque es difícil controlar las enfermedades, los pacientes comienzan a comentar entre ellos e voz baja sin embargo el moderador, instruye a que se nos comparta los comentarios a todos (ANEXO 2), los pacientes comienzan a comentar que es difícil lograr un buen control porque es difícil encontrar el equilibrio en una buena alimentación, algunos mencionan que consideran un castigo el que los médicos les prohíban comer sus alimentos, otro de los comentarios que se encontraron fueron, la ausencia de medicamentos, los pacientes comienzan a sentirse cómodos y hablan abiertamente de las dificultades para el control de sus enfermedades. Una pregunta de la diapositiva cuestiona otros aspectos, relacionados con la salud, que no involucren el control farmacológico ni dietético; los integrantes nuevamente comienzan a comentar y entre los comentarios encontramos:
10:25 hrs	-Un paciente refiere la falta de voluntad para poder lograr los objetivos, otro paciente menciona que a veces se le olvida tomar sus medicamentos en los horarios establecidos, un familiar que acudió en lugar del paciente comento que muchas veces es más difícil realizar dietas diferentes más enfocadas a la salud del adulto mayor cuando hay otras personas en la casa que no quieren comer lo mismo. Se realiza un receso en el cual se les brinda un aperitivo a los pacientes, siguiendo las recomendaciones de sana distancia y lavado de manos, lo cual ayuda a los pacientes a relajarse si embargo corta un poco la dinámica de la conversación
10:55 hrs	Se dan nuevamente las indicaciones generales, se les agradece una vez más la presencia de los pacientes en el centro de salud, se dan datos generales de la actividad a realizar y se procede a continuar las preguntas.

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

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

Utilice tantas hojas como sea necesario

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

Nivel A: Nivel Personal

Como personas que vivimos con alguna enfermedad crónica: ¿Cuáles son las fortalezas que tenemos para lograr un buen control de esta enfermedad?

Los pacientes se encuentran nuevamente tímidos a las preguntas, sin embargo, los presentadores se integran a la conversación y agilizan el entendimiento de la pregunta, con ejemplos para que los pacientes puedan participar más apropiadamente.

Entre las respuestas que dieron los pacientes se encuentran

- Prevenir y tener actividades que realizar refiere una paciente

- Tomar correctamente el medicamento

- Algunos pacientes refirieron que la correcta alimentación y realizar actividad física les otorga a los pacientes la seguridad para continuar realizando esas mismas actividades y la toma correcta de sus medicamentos.

- Tratar de involucrar a la familia para que se puedan apoyar en los mismos

- Tener un horario bien organizado ayuda a tomar correctamente sus medicamentos

- Un paciente refiere que ayuda mucho acudir a actividades como la que estamos realizando, refiere que le gusto conocer las estadísticas que se presentaron, porque le da información, y le ayuda a no sentir que está solo.

Los pacientes comienzan a darle vueltas a las mismas primicias, por lo que los moderadores, rápidamente pasan a la siguiente pregunta.

Como personas que vivimos con alguna enfermedad crónica: ¿Cuáles son las debilidades que tenemos para lograr un buen control de esta enfermedad?

- Una paciente refiere que debido al aislamiento no se puede realizar actividad física

- Varios pacientes comentaron que no les gusta tomar medicamento, porque no se sienten mal.

- Refieren que en su casa casi no hay verduras, solamente carne

- Refieren que el factor económico es importante, un paciente refiere que en su familia son 7 personas las que viven y no se puede realizar comida diferente para cada uno de ellos.

- Un paciente refiere que el estado anímico es importante, el desarrollo la estrategia de escuchar música para relajarse y tratar de controlar el estrés que le ocasiona este “encierro”, además refiere consumir capsulas de ajo, para eliminar las “toxinas”

- Un paciente refiere que el dolor que presenta por su enfermedad de las rodillas, le provoca gran molestia al caminar por lo que le impide realizar actividades físicas

- Refiere el familiar de un paciente que es difícil realizar diferentes comidas, cuando en la casa se encuentran personas en los dos extremos de la vida, ya que refiere que los niños comen diferente que los adultos mayores.

- Nuevamente los pacientes refieren que, durante su diagnóstico, le indicaron medicamento para el control hipertensivo, y al no sentir sintomatología, la paciente lo tomo su medicamento lo cual la descontroló más, posterior a esa consulta comenzó a tomar el medicamento tal y como estaba indicado sin embargo el control tensional no mejoro, por lo cual se sintió mal porque; no tomando el medicamento continuo enferma, y cuando lo tomo continuo igual, lo cual la desmoraliza

- Le costó mucho trabajo procesar el diagnostico que le dieron, al paciente le provoco mucho miedo y ansiedad a tal punto que tuvo que buscar estrategias y cursos para asimilar el diagnostico, a tal punto que siempre llevaba un espejo para ver su

esclerótica, ya que durante una crisis hipertensiva tuvo un derrame subconjuntival, y ahora cada vez que se sentía con sintomatología sacaba su espejo para corroborar que no tuviera derrame escleral.

Se realiza nuevamente un breve receso en el cual trabajo social apoya realizando ejercicios de estiramiento al ritmo de la música, en el cual participan activamente todos los integrantes de la reunión, tantos médicos pasantes, asesores, pacientes. Mismo que se realiza con sana distancia. Los pacientes se notan más animados. Al concluir continuamos a nuestros respectivos lugares y continuamos con el protocolo de preguntas.

Nivel B: Relación médico – paciente

Como personas que vivimos con alguna enfermedad crónica y que acudimos al centro de salud a la consulta con nuestra doctora o doctor: ¿Cuáles son las fortalezas que tenemos en esta relación para lograr un buen control de nuestras enfermedades crónicas?

-Entre los comentarios más relevantes se encuentran los que mencionaban que en el centro de salud que son atendidos por el médico del proyecto se les trata como seres humanos se interesan por los pacientes, incluso a veces más que en la familia

-La confianza que depositan en los pacientes, los pacientes generan la confianza en los médicos y de esta manera la calidad de la atención aumenta y los pacientes se sienten cómodos regresando a las consultas.

-Siempre les han atendido muy bien fueron algunos de los comentarios más mencionados.

Después de insistir un poco los participantes se quedaron sin comentarios, por lo cual se decidió continuar con la siguiente pregunta

Como personas que vivimos con alguna enfermedad crónica: ¿Cuáles son las debilidades que tenemos en la relación que establecemos con nuestro médico o médica para lograr un buen control de nuestras enfermedades crónicas?

-Una de las respuestas más compartidas por los participantes es el disgusto por tener diferentes médicos atendiendo, ya que durante algunas consultas las opiniones de los médicos son diversas y eso genera confusión y daña la relación de confianza los médicos.

Después de insistir un momento los pacientes dejaron de participar, por lo que se decidió dar conclusión a las preguntas

Durante el cierre se agradece a los pacientes por su participación, se les pide a los participantes que hagan comentarios finales entre los cuales se encuentra:

-Resulta interesante por la información que se nos proporciona

-Los pacientes refieren que les agrada la idea de realizar más reuniones, sin embargo, impera la preocupación respecto a las medidas sanitarias y la aglomeración de personas.

Al concluir los comentarios los coordinadores, así como relatores agradecemos la presencia y la participación de los pacientes, se les da reconocimientos por haberse presentado al encuentro (ANEXO 3). Así mismo se lleva a cabo una pequeña rifa con glucómetros proporcionados por la jurisdicción y se concluyó con la toma de fotos del evento, al finalizar los pacientes, así como coordinadores autoridades directivas del centro de salud, así como pasantes nos encontramos satisfechos por la experiencia.

Propuestas del grupo

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

Propuesta 1: Se recomienda que todo el personal de salud reciba un curso de humanidad para mejorar el trato hacia las personas.

Propuesta 2: Asegurarse que las farmacias dentro de los centros de salud tengan el medicamento necesario para tratar las enfermedades.

Propuesta 3: Lograr que el seguimiento de las personas y sus enfermedades sea con un solo médico y que este sea constante para poder lograr un mejor apego al tratamiento.

Propuesta 4: Tener un expediente completo y detallado de cada persona, para lograr conocer y entender mejor las enfermedades de las personas cuando sean vistas por distintos médicos.

Propuesta 5: Capacitar al personal de salud para que otorgue una atención con el respeto que se merecen las personas que acuden al centro de salud.

Comentario: Consideró que los encuentros de pacientes son indispensables para la continuidad y para la expansión de este modelo de atención. Ya que las personas que asistieron a estos eventos mostraron mucho entusiasmo e interés por los reportes y avances que tiene este proyecto para el control de las enfermedades crónico-degenerativas. Asimismo, también mencionaron sentirse escuchados e involucrados en la toma de decisiones para su tratamiento y que en conjunto a su médico tratante se pueden lograr mejores resultados.

Este tipo de experiencia es inigualable para cualquier médico información porque nos permite escuchar a fondo las opiniones que tienen los pacientes acerca de la atención que reciben de nosotros en los centros de salud y esto permite darnos cuenta en qué aspectos podemos mejorar en la consulta, también permite darnos cuenta de las fortalezas que tenemos en la atención que brindamos en la consulta.

El logro más grande que genera este tipo de eventos es el fortalecimiento de la relación médico – paciente, aumentando la confianza y el compromiso que se tiene para que conjuntamente se logren los mejores resultados para el control de las enfermedades crónico-degenerativas. El impacto que tuvo este encuentro fue aún más notorio en las consultas posteriores a él, es decir, los pacientes que acudieron al encuentro tuvieron mayor asistencia a sus consultas, además, de un mejor control de sus enfermedades con una disminución en la cifra de hemoglobina glucosada y cifras de tensión arterial dentro de parámetros normales, en comparación a los pacientes que no acudieron al encuentro.

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

El cuarto módulo del diplomado es el de tutoría de casos, durante las sesiones de este módulo varios pasantes del servicio social presentaron casos de personas dentro de su proyecto para posteriormente exponer los casos en las sesiones. Cada caso enfocaba en la atención en la persona durante las consultas en sus respectivos centros de salud.

La tutoría de casos nos permitió analizar el manejo que le damos a los pacientes de manera personal y de los enfoques que le damos a todos los ámbitos en la vida del paciente. En cuanto a lo social, económico y físico para lograr una atención integral basada en la persona. En cada sesión de este módulo surgieron temas derivados de la presentación de los casos como el tema de tratamiento con insulina, salud bucal, APGAR familiar, envejecimiento saludable, dichos temas se desarrollaron en una sesión posterior y esto fue muy fructífero para expandir nuestro panorama en la atención en la consulta.

El módulo cuatro es muy importantes para ver la integración e implementación del aprendizaje en el diplomado en la consulta que se les otorga a las personas que atendemos en los distintos centros de salud en el que se ha implementado el modelo de atención integral centrado en la persona para el Control de Enfermedades crónicas.

4. Conclusiones.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a la realización de su servicio social en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), y en este proyecto en particular, cursando un diplomado como parte de ese servicio social?

Estoy muy agradecida con este año de servicio social porque me ha permitido adquirir el conocimiento y experiencia para lograr dar una atención centrada en la persona y no en las enfermedades. Durante la carrera de Medicina se nos enseña a tratar a enfermedades y no a personas. Ahora me queda claro que los pacientes que atendemos son personas y deben ser tratadas como tal.

En el caso particular de mi plaza en el centro de salud T.III. Dr. Gastón Melo, fui la primera generación de médico pasantes en implementar ese tipo de modelo la atención integral centrada en la persona en el centro de salud, lo cual fue un reto especialmente en la reconquista de pacientes que debido a la pandemia por el COVID-19 habían dejado de acudir a sus consultas de seguimiento, afortunadamente al término de mi servicio social se obtuvo una gran respuesta por parte de los pacientes de los médicos y del personal en el centro de salud para la aceptación de este proyecto. Espero que esta plaza continúe para que el proyecto y seguimiento de los pacientes pueda continuar en este en este centro de salud y los resultados obtenidos con las personas que participan en el proyecto se puedan expandir al resto de los pacientes pertenecientes a dicho centro de salud. Cursar el diplomado y poder conocer este tipo de modelo de atención integral ha sido para mí una experiencia única y muy enriquecedora que implementaré en mi consulta como médico general.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a su experiencia con la atención de sus pacientes con enfermedades crónicas conforme a un modelo de atención integral centrado en la persona?

Considero que todas las consultas deberían tener un enfoque centrado en las personas y no en las enfermedades. Este tipo de atención permite un fortalecimiento en la relación médico paciente, la cual es indispensable para poder brindar una buena atención y un mejor entendimiento de las causas que afectan la salud de las personas. Creo firmemente que este que este modelo de atención debería implementarse en los primeros años de carrera de cualquier estudiante de medicina para lograr en el futuro mejores médicos, mejor calidad en la consulta y mejores resultados en cuidado de salud de las personas.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las ventajas y a las desventajas que ofrece la institución (la SEDESA), con la implementación de este modelo?

La principal desventaja es que las plazas pertenecientes a este proyecto no cuentan con beca del servicio social ni con seguro médico. Este problema se me hace una injusticia ya que nos trata igual que los pasantes con beca y seguro médico. Tenemos que acudir diariamente al centro de salud, lo cual requiere de un gasto económico con el que no tenemos ningún tipo de apoyo por parte de la secretaria de salud. Esta desventaja destaca más actualmente por la pandemia, ya que muchos de los pasantes fueron infectados y no pudieron tener acceso a una atención médica por parte del seguro social. Nos vemos desamparados porque se nos ha solicitado participar en la vacunación, en las encuestas para la realización de pruebas COVID-19, expuestos a la infección sin protección adecuada, ni seguro médico.

La principal ventaja de esta plaza es formar parte de este gran proyecto innovador con atención centrada en la persona y asistir a las sesiones del diplomado, obteniendo aprendizajes muy enriquecedores por grandes ponentes y temas de gran interés para nuestra formación como médicos generales.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las aspiraciones y las realizaciones de quienes viven con enfermedades crónicas y que pudo atender más de una vez a lo largo de su servicio social?

La mayoría de las personas a las que yo les brinde una atención en la consulta que formaron parte de este proyecto lograron un autocontrol con sus enfermedades y mayor comprensión acerca de la prevención de complicaciones de sus enfermedades.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a lo que fue su formación profesional de pregrado, incluyendo desde luego el año de servicio social, y lo que tendrá que mejorar en su futuro inmediato?

En mi pregrado aprendí a tratar enfermedades, su manejo y evolución. En cambio, en mi año de mi servicio social aprendí a tratar a personas con enfermedades. He logrado conocer y experimentar las ventajas que tiene este tipo de atención sobre cualquier otro modelo de atención. Pretendo implementar lo aprendido del modelo de atención integral centrado en la persona en mi consulta como médico general.

5. Referencias bibliográficas

- Alqathama A, A. G. (2020). Herbal medicine from the perspective of type II diabetic patients and physicians: what is the relationship? *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 1-9.
- Domínguez-Fernández, R. (2012). El gel de Aloe Vera: Estructura, composición química. *Revista Mexicana de Ingeniería Química*, Vol. 11, No. 1 23-43.
- Evert, A. B., Boucher, J. L., Cypress, M., Dunbar, S. A., Franz, M. J., Mayer-Davis, E. J., . . . Yancy, W. S. (2014). Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes. *Diabetes Care*, Volume 37, Supplement 1.
- Gallego C, F. F. (2015). Plantas medicinales en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: una revisión. *Farmacéuticos Comunitarios*, 7(4):27-34.
- García C, P. B. (2009). Uso de plantas medicinales y suplementos dietéticos para el control glucémico de la diabetes. *Revista Chapingo Serie Zonas Áridas*, 8:229-239.
- Governa P, B. G. (2018). Phytotherapy in the Management of Diabetes. *Multidisciplinary Digital Publishing Institute*, 23, 105.
- GPC. (2015). *Dietoterapia y alimentos. Pacientes con diabetes mellitus*. México: Instituto Mexicana del Seguro Social.
- Kooti, W., Farokhipour, M., Asadzadeh, Z., Ashtary-Larky, D., & Asadi-Samani, M. (2016). The role of medicinal plants in the treatment of diabetes: a systematic review. *Electronic physician*, 8(1), 1832–1842.
- Molina, A. A. (2002). La herbolaria mexicana en el tratamiento de la diabetes. *Diabetes*.
- Mukesh R, N. P. (2013). Medicinal Plants with Antidiabetic Potential-A Review. *American-Eurasian J Agric Environ Sci*, 13(1): 81-94.
- Organization, W. H. (2005). *Selected Medical Plants*. Salerno-Paestum, Italy: World Health Organization.
- Otto W. Vargas-Tineo, D. M.-M.-G.-T.-D. (2020). Efecto hipoglicémico de Moringa oleifera (moringa) comparado con Smallanthus Sonchifolius (yacón) en Rattus norvegicus con diabetes mellitus inducida. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, Volumen 37.
- Patience, O. O., Estella, U. O., & Philip, F. U. (2014). The search for new hypoglycemic agents from plants. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 8(11), 3.
- Rajasekaran S, S. K. (2005). Antioxidant effect of Aloe vera gel extract in streptozotocin-induced diabetes in rats. *Institute of pharmacology Polish Academy of Sciences*, 57, 90-96.
- Richard Nahas, M. M. (2009). Complementary and alternative medicine for the treatment of type 2 diabetes. *Canadian Family Physician*, Vol 55.

Vargas O, S. D. (2020). Efecto hipoglicemiante de *Moringa oleifera* (moringa) comparado con *smallanthus sonchifolius* (yacón) en *Rattus norvegicus* con diabetes mellitus inducida. *Revista Peru Med Exp Salud Publica* , 37 (3).

Ben Natan M. Patient-Centered Care in Healthcare and its Implementation in Nursing. 101596th ed. Hadera, Israel: International Journal of Caring Sciences; 2017.

McCance.T MBDJ. An Exploration of Person-Centredness in Practice. 1621st ed. Practice PCi, editor.: The Online Journal of Issues in Nursing; 2011.

Nicola Mead PB. Patient-centredness: a conceptual framework and review of. 51st ed. Pergamon , editor. Oxford Road, United Kingdom: Social Science and Medicine; 2000.

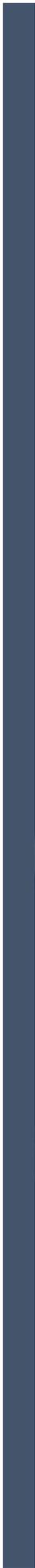
Smith-Stoner M. Teaching Patient-Centered Care During the Silver Hour. 1626th ed. Nursing TOJoli, editor.: Centered Care and the Silver Hour; 2011.

Medicine NEJo. What is patient-centered care? society Mm, editor.: NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery Journal; 2017.

Salud OMdl. Salud. 2100th ed. Nueva York: Conferencia Sanitaria Internacional; 1946.

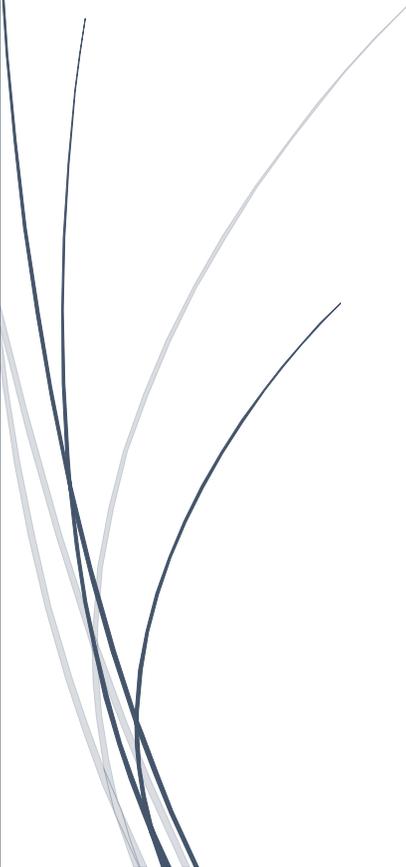
Dominique Van de Velde FDZTS. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis: BMJ; 2019.

Anexos:



**INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL DE ÁREAS
MARGINADAS DE LA CARRERA DE MEDICINA**

MPSS LIZBET TOLENTINO DEL CARMEN



INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

1 IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	LIZBET TOLENTINO DEL CARMEN
CARRERA:	MEDICINA
ESCUELA DE PROCEDENCIA:	UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
PROMOCION:	1 FEBRERO DEL 2021 – 31 DE ENERO DEL 2022
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCION Y JURISDICCION SANITARIA:	C.T.III. DR. GASTON MELO MILPA ALTA
FECHA DE ENTREGA:	31 DE ENERO

2 SESIONES ACADEMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	JURISDICCION SANITARIA DE MILPA ALTA
NÚMERO DE SESIONES A LA QUE ASISTIÓ	
PARTICIPÓ EN CAPACITACIÓN AL PERSONAL CENTRO DE LA UNIDAD	SI
PARTICIPÓ COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENCIA)	0 NINGUNA

3 ACTIVIDADES DE CAMPO

ACTIVIDAD	SI	NO
PRIMERA SEMANA NACIONAL DE SALUD (FEBRERO)		X
SEGUNDA SEMANA NACIONAL DE SALUD (MAYO)		X
TERCERA SEMANA NACIONAL DE SALUD (OCTUBRE)	X	
CERCOS EPIDEMIOLOGICOS (ESPECIFICAR)		X
ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO	X	
PLATICAS EDUCATIVAS	X	
OTROS		X

4 ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NÚMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	150	
CONSULTAS SUBSECUENTES	700	
HISTORIAS CLINICAS	50	

DETECCIÓN DIABETES	25	
DETECCIÓN CACU (NO. CITOLOGÍAS REALIZADAS)	0	
DETECCIÓN DE CANCER DE MAMA	1	
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	40	
DETECCIÓN DE ADICCIONES	0	
DETECCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR	1	
ATENCIÓN PRENATAL	25	
PLANIFICACION FAMILIAR	20	
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	0	
CONTROL DE NIÑO SANO	20	
TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR	0	
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	850	
CERTIFICADOS MEDICOS	25	
OTROS		

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MEDICA	JEFA (E) DE ENSEÑANZA JURISDICCIONAL
CORDINADOR Y/O TUTOR	NOMBRE DEL PASANTE

INFORMACIÓN QUE SE DEBERÁ INCLUIR EN EL INFORME FINAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

Al concluir el servicio social se deberá entregar el informe final de actividades, el cual concentrará las tareas realizadas durante el año de servicio, el formato para la realización de éste informe es el mismo que el del informe trimestral, solo que se tendrá que anexar antes del cuadro de firmas y sello, los siguientes requerimientos, los cuales ayudan a que el pasantes pueda evaluar algunos aspectos que influyeron en la realización de su servicio social, así como ser evaluado por el Tutor o Director de la Unidad Médica, en una escala del 1 al 10.

ORGANIZACIÓN Y CAPACITACIÓN:

FECHA Y SEDE DEL CURSO DE INDUCCIÓN	8-12 de febrero del 2021 Auditorio de la jurisdicción de Milpa Alta
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL DX. DE SALUD	
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	
NÚMERO DE INFORMES TRIMESTRALES ENTREGADOS	
NOMBRE DEL TUTOR SUPERVISIÓN	

SUPERVISIÓN:

INSTITUCIÓN	RECIBIO SUPERVISIÓN	
	SI	NO
S. S. P. D. F.		
ESCUELA O FACULTAD		
JURISDICCIÓN SANITARIA		
UNIDAD DE SALUD		
NO RECIBIÓ SUPERVISIÓN		

NOTA: MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE:

DIAGNOSTICO DE SALUD

ENTREGÓ: SI _____ NO: X NÚMERO DE CÉDULAS APLICADAS:

ANOTE LAS 5 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DETECTADAS EN LA COMUNIDAD

No.	MORBILIDAD	MORTALIDAD
1	Covid-19	Probable infección por Covid-19 Infección por COVID-19
2	Infecciones respiratorias agudas	Enfermedades del corazón Infarto agudo al miocardio
3	Infección de vías urinarias	Diabetes Mellitus Diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones múltiples Diabetes mellitus tipo 2 con otras complicaciones especificadas
4	Depresión	Tumores malignos Tumor maligno de hígado
5	Infecciones intestinales por otros organismos	Enfermedades de hígado Cirrosis hepática Insuficiencia hepática alcohólica

PROYECTO DE INTERVENCION

TITULO DEL PROYECTO: _____

RESUMEN DEL PROYECTO DE INTERVENCION:

--

PRINCIPALES ACCIONES REALIZADAS PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA:

--

EVALUACION DEL SERVICIO SOCIAL

EN CADA ASPECTO A EVALUAR, ANOTA UNA (X) EN LA COLUMNA QUE CORRESPONDA A LA CALIFICACION OTORGADA.

EVALUACION DEL SERVICIO SOCIAL POR PARTE DEL PASANTE

ASPECTOS A EVALUAR	9-10	7-8	>6	OBSERVACIONES
INDUCCION AL PUESTO DE LA UNIDAD DE SALUD	X			
INTEGRACION AL EQUIPO DE TRABAJO	X			
ASESORIA Y APOYO EN SUS ACTIVIDADES POR PARTE DEL PERSONAL	X			
COMUNICACIÓN CON EL DIRECTOR, JEFE DE UNIDAD O TUTOR		X		
FACILIDADES PARA CUMPLIR CON LA PLANEACION MENSUAL Y EL TRABAJO DE CAMPO		X		
CALIDAD DE LAS SESIONES ACADEMICAS	X			
EL SERVICIO SOCIAL TE PERMITIÓ CONOCER LOS PROBLEMAS DE SALUS Y LA ATENCION DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	X			
LOS PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS FUERON RESUELTOS POR LA JEFATURA DE ENSEÑANZA	X			
CALIFICACION DE TU DESEMPEÑO COMO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL	X			

SUGERENCIAS Y COMENTARIOS DEL PASANTE PARA MEJORAR EL SERVICIO

--



Anexo Encuentro MILPA ALTA: Grupo de discusión 1



Anexo Encuentro MILPA ALTA. Grupo de discusión 2 (nivel médico-paciente)



Anexo Encuentro MILPA ALTA. Plenaria



Anexo Encuentro MILPA ALTA. Finalización del evento.



ANEXO Encuentro TLAHUAC. Bienvenida



ANEXO Encuentro TLAHUAC. Grupo de discusión 3 (nivel personal)



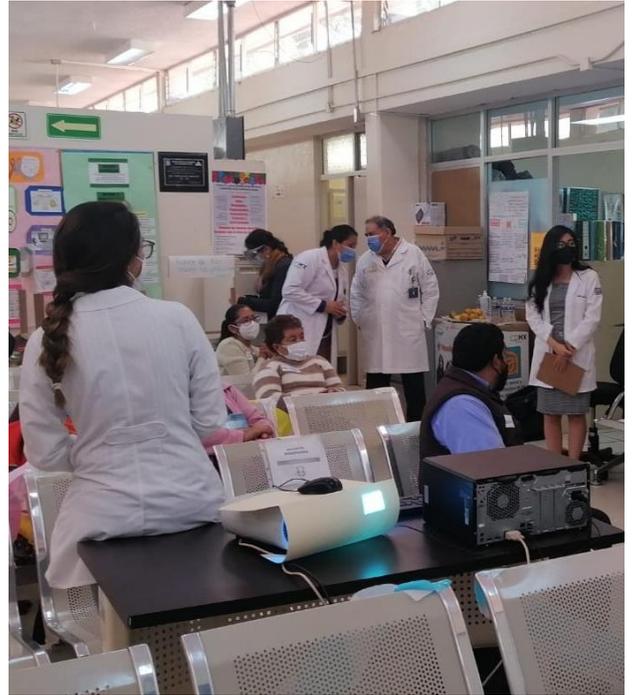
ANEXO Encuentro TLAHUAC. Obsequios para las personas que acudieron



ANEXO Encuentro TLAHUAC. Finalización del evento



ANEXO Encuentro TLALPAN. Informe



Grupo de discusión



ANEXO Encuentro TLALPAN. Clausura