



**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA**
Unidad Xochimilco

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

**Proyecto de investigación: “Uso De Vitamina A, C, D Y Ácido Fólico
Como Tratamiento Coadyuvante En Lesiones Precursoras De Cáncer
Cervicouterino En Una Clínica De Colposcopia Perteneciente A La
Secretaría De Salud De La Ciudad De México”**

Y

**Diagnóstico de Salud del CST III Dr. Salvador Allende con Clínica de
Especialidades**

Constanza Barbero Garralda
No. Matrícula 2172044149
Pasante del servicio social
Febrero 2023- enero 2024

Asesor
Dra. Ofelia Gómez Landeros
No. Económico-22310

CONTENIDO

CAPÍTULO 1 *(página 5 a 37)*

Uso De Vitamina A, C, D Y Ácido Fólico Como Tratamiento Coadyuvante En Lesiones Precursoras De Cáncer Cervicouterino En Una Clínica De Colposcopia Perteneciente A La Secretaría De Salud De La Ciudad De México

1. Introducción
2. Marco teórico
3. Justificación
4. Planteamiento del problema
5. Material y métodos
 - 5.1. Criterios de inclusión y exclusión
6. Hipótesis
7. Objetivos
 - 7.1. General
 - 7.2. Específicos
8. Análisis de resultados
 - 8.1. Generalidades
 - 8.2. Tipo de lesión
 - 8.3. Edad
 - 8.4. Hábito tabáquico
 - 8.5. Duración del tratamiento
 - 8.6. Comorbilidades
 - 8.7. Uso de estrógenos conjugados
9. Discusión
10. Conclusiones
11. Bibliografía

CAPÍTULO 2 *(página 38 a 48)*

Diagnóstico de Salud del CST III Dr. Salvador Allende con Clínica de Especialidades

1. Introducción
2. Objetivos
 - 2.1. General
 - 2.2. Específicos
3. Marco de Referencia.

CAPÍTULO 3 *(página 48 a 105)*

Descripción Del Centro De Salud, Infraestructura, Recursos Físicos Y Humanos.

4. Datos de la Unidad de Salud
 - 4.1. Dirección y Ubicación.
 - 4.2. Servicios.
 - 4.3. Organigrama

- 4.4. Misión, visión y valores de la Unidad
5. Metodología
 - 5.1. Tipo de estudio
 - 5.2. Recolección de datos
 - 5.3. Recursos utilizados
 - 5.3.1. Recursos humanos
 - 5.3.2. Recursos materiales
6. Información sociodemográfica del área de estudio
 - 6.1. Ubicación y mapa del área
 - 6.2. Datos geográficos de la Alcaldía Coyoacán.
 - 6.3. Datos sociodemográficos de la Alcaldía Coyoacán
 - 6.4. Pirámide poblacional de la Alcaldía Coyoacán
7. Análisis de resultados
 - 7.1. Datos demográficos de la población estudiada
 - 7.1.1. Edad y género
 - 7.1.2. Escolaridad
 - 7.1.3. Estado Civil
 - 7.1.4. Ocupación
 - 7.1.5. Entidad de nacimiento
 - 7.2. Datos de salud
 - 7.2.1. Derechohabencia
 - 7.2.2. Cartilla nacional de salud
 - 7.2.3. Actividades de salud que le han sido realizadas durante el último año
 - 7.2.4. Padecimientos por los que fueron atendidos durante el último año
 - 7.2.5. Adicciones
 - 7.2.6. Discapacidad
 - 7.2.7. Tiempo para recreación
 - 7.2.8. Eliminación de excretas
 - 7.2.9. Disposición del agua
 - 7.2.10. Almacenamiento del agua
 - 7.2.11. Tratamiento del agua para su consumo
 - 7.3. Vivienda
 - 7.3.1. Personas que habitan, número de habitaciones y ventanas
 - 7.3.2. Tenencia de la vivienda
 - 7.3.3. Servicios con los que cuenta la vivienda
 - 7.4. Dinámica familiar
 - 7.4.1. Tipo de familia
 - 7.4.2. Violencia familiar
 - 7.4.3. Ingreso familiar
 - 7.5. Trato al paciente dentro del CST-III Dr. Salvador Allende con Clínica de Especialidades
 - 7.5.1. Calidad del trato recibido
 - 7.5.2. Capacidad de solución de problemas dentro del Centro de Salud
8. Análisis de resultados
9. Conclusiones y recomendaciones.
10. Bibliografía.
 - 10.1. Imágenes
11. Anexos
 - 11.1. Cédula aplicada a la población

CAPÍTULO 4 *(página 106 a 128)*

Bitácora Del Servicio Social Realizado En El CST III Dr. Salvador Allende Con Clínica De Especialidades

CAPÍTULO 5 *(página 128 a 132)*

Comentarios Sobre Aprendizajes Del Servicio Social

5.1 Formación como persona y como profesional

5.2 Mi aportación a la comunidad

5.3 En relación con mi institución educativa, la UAM-Xochimilco

Capítulo 1

Uso De Vitamina A, C, D y Ácido Fólico Como Tratamiento Coadyuvante En Lesiones Precursoras De Cáncer Cervicouterino En Una Clínica De Colposcopia Perteneciente A La Secretaría De Salud De La Ciudad De México

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio es un estudio descriptivo, cuantitativo no experimental, el cual se realizó a través de la revisión de expedientes de una clínica de colposcopia perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, se analizaron 294 expedientes con el fin de identificar si el uso de vitamina A, C y D y ácido fólico como tratamiento coadyuvante, tenía algún efecto en la progresión de las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino tomando en cuenta las siguientes variantes: edad de la paciente, hábito tabáquico, duración del tratamiento antioxidante, uso de estrógenos conjugados vaginales adicional al tratamiento con vitaminas y ácido fólico y la presencia de comorbilidades.

Las lesiones que se estudiaron fueron, células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG) y Carcinoma InSitu. Al diagnóstico 29 casos presentaron ASCUS, 213 LEIBG, 52 LEIAG y no se detectó ningún caso de carcinoma InSitu al diagnóstico, en cuanto a las lesiones post tratamiento, 203 pacientes se presentaron sin lesión, 34 con ASCUS, 49 presentaron LEIBG, 8 LEIAG y de nuevo ningún caso de carcinoma InSitu.

El promedio de edad de las pacientes fue de 49.2 años con una edad mínima de 15 años y una edad máxima de 75 años.

En cuanto al hábito tabáquico se detectaron 43 pacientes fumadoras que representan al 15% de la muestra y 213 no fumadoras, en cuanto a grupo de las fumadoras, en la lesión diagnóstica se presentaron 2 ASCUS, 33 LEIBG y 8 LEIAG y en la lesión post tratamiento se presentaron 31 pacientes sin lesión, 4 ASCUS, 8 LEIBG y ningún caso con LEIAG.

El promedio de duración de tratamiento fue de 113.26 días siendo 12 días la duración de tratamiento más corta y 482 días la duración más larga encontrando que el grupo de 61 a 120 días de tratamiento tuvo la mayor regresión de cualquier tipo de lesión a no presentar ningún tipo de lesión.

En cuanto a la presencia de comorbilidades, se detectaron 83 pacientes que padecen algún otro padecimiento además de las lesiones precursoras de CaCU, de este grupo 61 pacientes se presentaron sin lesión en el post tratamiento.

En total 64 mujeres recibieron tratamiento con antioxidantes y además, estrógenos conjugados vía vaginal, de este grupo 48 pacientes se presentaron sin lesión en el post tratamiento.

Se ha demostrado que las vitaminas tienen compuestos antioxidantes y antiinflamatorias, sin embargo, al ser este estudio meramente descriptivo y no controlado no podemos afirmar o negar que el uso de vitamina A, C y D y ácido fólico sea efectivo para evitar la progresión de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.

2. MARCO TEÓRICO

El cáncer cervicouterino (CaCU) es una alteración de las células (neoplasia maligna) que se origina en el epitelio del cuello uterino en específico en la zona de transformación del cérvix y es más común en las células escamosas, su manifestación inicial es a través de lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado, dichas lesiones tienen un avance lento y progresivo hacia el cáncer invasor (cuando la lesión ya traspasó la membrana basal. ⁽¹⁾⁽²⁾

El cáncer cérvico uterino es el segundo cáncer de la mujer en el mundo y la tercera causa de mortalidad en las mujeres a nivel mundial.⁽²⁾ En el 2008 el CaCu constituyó el 9% (529,800) del total de nuevos casos de cáncer y 275,100 (el 8%) del total de muertes de mujeres por cáncer⁽³⁾ y desafortunadamente afecta en mayor cantidad a mujeres con desventaja social, económica y cultural lo que lo vuelve mucho más común en países en vías de desarrollo como es el caso de México.⁽³⁾ Se estima que en estos países el cáncer cervical suele ser la causa más común de muerte prematura en mujeres y que cada año mueren 230 mil mujeres a causa del cáncer cervical invasivo mientras que en países desarrollados como serían los que se encuentran en América del Norte y Europa Occidental; la tasa de incidencia por edad de este cáncer es 4 veces menor que en países en vías de desarrollo siendo las zonas con mayor incidencia con valores superiores a 30-50%: África subsahariana, América Latina, el Caribe, Asia del Sur y Oceanía.⁽⁴⁾

En los Estados Unidos, el cáncer cervical tiene un patrón bien reconocido en relación con la etnia y el estatus socioeconómico, habiéndose informado tasas altas en mujeres negras e hispanas y en aquellas con menor nivel educativo e ingresos. Además, estudios de migrantes respaldan que las tasas de cáncer cervical pueden cambiar bastante rápido, lo que sugiere que las influencias ambientales son importantes. ⁽⁵⁾

Desde antes de la década del 2000 se iniciaron esfuerzos para prevenir el cáncer cervical en países en vías de desarrollo, esto a través de enfoques innovadores de detección como sería la inspección visual del cuello uterino que va de la mano del manejo el mismo día de las lesiones mediante procedimientos mínimamente invasivos. ⁽⁴⁾

Virus del Papiloma Humano (VPH) y su capacidad oncogénica

Las partículas del virus del papiloma humano (VPH) constan de moléculas circulares de ADN que tienen alrededor de 8000 pares de bases y están envueltas en una cápsula proteica formada por dos moléculas, L1 y L2. El genoma del VPH tiene la capacidad de instruir la síntesis de estas dos proteínas, además de al menos seis proteínas tempranas conocidas como (E1, E2, E4-E7), las cuales desempeñan un papel crucial en la

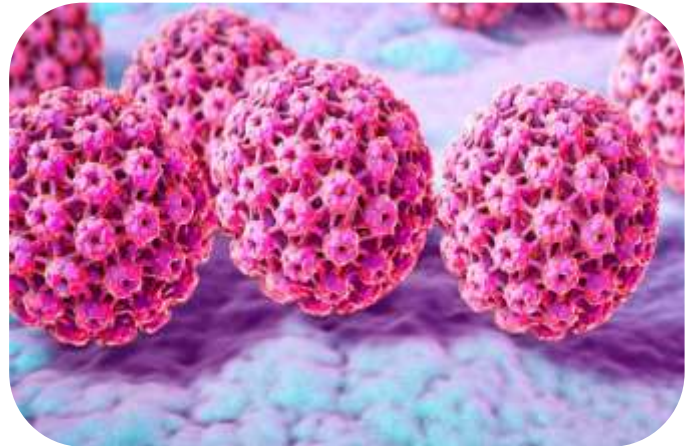


Imagen 1. Virus de Papiloma Humano ⁽⁷⁾

replicación del ADN viral y en la generación de nuevas partículas virales dentro de las células infectadas. Estos dos conjuntos de genes están separados por una región reguladora aguas arriba (URR, por sus siglas en inglés) de aproximadamente 1000 pb que no contiene información para la producción de proteínas, pero que incluye elementos que son esenciales para regular la expresión genética, replicar el genoma y empaquetarlo en partículas virales. ⁽⁶⁾

Este tipo de virus está perfectamente adaptado al tejido huésped (la célula epitelial e n diferenciación de la piel o las mucosas) y utilizan la maquinaria celular para su propio beneficio. El ciclo inicia cuando las partículas infecciosas llegan a la capa basal del epitelio donde se unen y e ingresan a las células a través de rupturas; se piensa que para lograr mantener la infección lo hacen a través de la infección de una célula madre epitelial. ⁽⁶⁾

El ciclo de replicación del virus dentro del epitelio puede ser dividido en dos partes: 1. El genoma viral se replica a aproximadamente 100 copias y se mantiene durante períodos variables con este número bajo de copias dentro de las células que en un inicio fueron infectadas; las proteínas virales E1 y E2 son esenciales para esta replicación del ADN, se ha especulado que durante la persistencia viral; el sistema inmune mantiene la infección en este estado. ⁽⁶⁾

2. Una vez que las células basales son “empujadas” al compartimiento supra-basal, pierden su capacidad de división e inicia la diferenciación terminal, los papilomavirus se replican en este compartimiento y para su liberación al ambiente utilizan la desintegración de células epiteliales que se da de manera natural para el recambio de las capas superficiales. En este paso las proteínas E6 y E7 con críticas en el proceso de replicación viral. Se ha logrado comprobar a través de sistemas experimentales que estas interacciones inducen la proliferación y la eventual inmortalización y transformación maligna de las células. ⁽⁶⁾

En la fase S no programada de la mitosis, normalmente se llevaría a cabo la apoptosis de la célula; sin embargo, en células infectadas por VPH este proceso se contrarresta gracias a la proteína viral E6 y como consecuencia la diferenciación normal de los queratinocitos se retrasa. ⁽⁶⁾

Como una aberración de la infección viral, la actividad constante de las proteínas virales E6 y E7 conduce a un aumento de la inestabilidad genómica, acumulación de mutaciones en oncogenes, una mayor pérdida de control del crecimiento celular y, en última instancia, al cáncer. ⁽⁶⁾

De los más de 200 tipos conocidos de VPH, sólo 30 afectan el tracto reproductivo femenino y se sabe que 15 de ellos son oncogénicos, lo que significa que tienen la capacidad de desarrollar lesiones que anteceden al cáncer. Según su capacidad oncogénica se denominan como los tipos: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68. Los posibles tipos de alto riesgo son los tipos 26, 53, 70, 73 y 82, mientras que los tipos oncogénicos de bajo riesgo son los tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 62, 67, 81, 83 y 89.4. Aunque los se ha visto que los VPH 16 y 18 son los responsables de la gran mayoría de los cánceres. ⁽⁸⁾

Varios estudios prospectivos han demostrado que las mujeres que son positivas para el ADN del VPH en el inicio tienen un mayor riesgo de desarrollar CIN-3 o cáncer cervical invasivo durante el seguimiento que las mujeres negativas para el ADN del VPH. Sin embargo, muchos de estos primeros estudios no evaluaron la carcinogenicidad específica del tipo de VPH. ⁽⁶⁾

Cofactores en la etiología del cáncer cervical

A pesar de que la gran mayoría de las mujeres que han iniciado vida sexual activa estarán infectadas con VPH 6 meses posterior al inició, la mayoría de estas no progresará a cáncer, por lo tanto, es probable que intervengan otros factores en el proceso. ⁽⁶⁾

Los dividiremos en tres:

1. Ambientales o exógenos: uso prolongado de anticonceptivos hormonales (AH), tabaquismo, coinfección con otras infecciones de transmisión sexual (ITS), factores nutricionales, inicio temprano de vida sexual, número de parejas sexuales. ⁽⁶⁾
2. Asociados al virus: infección por tipos específicos, coinfección con otros tipos de VPH, variantes del VPH, carga e integración viral. ⁽⁶⁾
3. Asociados al huésped: hormonas endógenas, genética y otros relacionados con la respuesta inmunológica. ⁽⁶⁾

En este caso sólo se desarrollarán los factores ambientales o exógenos.

Tabaquismo: se ha encontrado que las fumadoras tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar carcinoma escamoso de cuello uterino en comparación con las que nunca han fumado y para las exfumadoras el riesgo disminuye con el tiempo transcurrido desde que dejó de fumar. En fumadoras activas el riesgo aumento de acuerdo a la cantidad de cigarrillos que fuman al día en comparación con las que no fuman, pero no con la cantidad de tiempo que llevan fumando. Los posibles mecanismos para el efecto del tabaquismo incluyen una reducción de la respuesta inmunológica en el cuello uterino, efectos relacionados con el metabolismo de las hormonas femeninas y daño genético directo causado por carcinógenos relacionados con el tabaco. ⁽⁶⁾

- Anticonceptivos hormonales: el riesgo de cáncer cervical invasivo aumenta con la duración creciente del uso de anticonceptivos orales, de modo que 10 años de uso se asocian con aproximadamente el doble de riesgo en comparación con las que nunca los usaron. Los datos limitados disponibles sugieren que este riesgo disminuye después de que se ha dejado de usar los anticonceptivos orales, pero el riesgo sigue siendo significativamente elevado para el uso que cesó hace más de aproximadamente 8 años. Existe evidencia que el uso de progestágenos inyectables está asociado a un ligero aumento del riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino (CaCu). Se ha especulado que el mecanismo a través del cual los AH pueden ser factores para desarrollar CaCu es que los estrógenos o progestágenos mejoran la expresión génica del VPH en el cuello uterino a través los receptores de progesterona y elementos de respuesta hormonal que posee el genoma viral. ⁽⁶⁾
- Coinfección con otras ITS: la relación más estudiada entre VPH y otras ITS ha sido con el virus del herpes simple (HSV-2), la chlamydia trachomatis y el VIH y se ha encontrado que el ser seropositivo a HSV-2 se asoció a un riesgo incrementado de desarrollar cáncer de células escamosas se cree que este aumento en el riesgo es resultado de la respuesta inflamatoria que se asocia a la generación de radicales libres y el desarrollo de inestabilidad

genética. Por otro lado, las personas con inmunosupresión secundaria a infección por VIH tienen mayor riesgo de desarrollar cánceres anogenitales asociados a VPH en comparación con sujetos sanos. Las mujeres VIH positivas han presentado mayor riesgo de desarrollar CaCu en comparación con mujeres que no portan el virus de la inmunodeficiencia humana; esta asociación pareciera estar más marcada en mujeres con bajo recuento de CD4. ⁽⁶⁾

- Factores nutricionales: recientemente se ha estudiado la evidencia del papel potencial de la dieta y la nutrición en el riesgo de persistencia del VPH y las neoplasias cervicales. Se ha desmostado que existe un efecto posiblemente protector de las dietas ricas en frutas, verduras, vitamina C y E, betacaroteno, alfa-caroteno, licopeno, luteína/zeaxantina y criptoxantina. Así mismo se encontró un posible efecto protector contra las neoplasias cervicales para el folato, el retinol y la vitamina E y posiblemente protector para las vitaminas C y B12. ⁽⁶⁾

Inflamación y su relación con el cáncer

Se estima que las enfermedades infecciosas y la inflamación crónica son responsables de aproximadamente el 25% de los factores que causan cáncer. ⁽⁹⁾

Cuando hay inflamación crónica se producen especies reactivas al oxígeno/nitrógeno (ROS) no sólo a partir de células inflamatorias, sino también de células epiteliales; los ROS causan daño al ADN en los órganos inflamados lo que se denomina daño oxidativo. La inflamación crónica causa diversos tipos de daño en ácidos nucleicos, proteínas y lípidos a través de la generación de ROS/RNS, lo que resulta en daño tisular. La lesión tisular puede activar las células progenitoras/células madre para la regeneración de tejidos. Las células madre son dañadas por los ROS/RNS de la inflamación, y las mutaciones resultantes pueden acumularse, lo que podría generar células madre cancerosas. ⁽⁹⁾

Una disminución en el nivel de antioxidantes genera radicales libres, lo que conduce al daño del ADN, causando disfunción y enfermedad. Esto es causado por un desequilibrio perturbado entre oxidantes y antioxidantes a favor de los oxidantes, lo que lleva a una generación excesiva de radicales libres, especialmente especies reactivas de oxígeno (ROS), y daños biológicos. ⁽¹⁰⁾

Alteraciones epigenéticas en la carcinogénesis relacionada con la inflamación: La epigenética es el fenómeno de cambios heredables en la expresión génica que ocurren sin un cambio en la secuencia de ADN, a través de la modificación de histonas, ARN no codificante, incluyendo microARN, y metilación del ADN. En el microambiente normal, el

sistema antioxidante trabaja para equilibrar prooxidantes y antioxidantes. Los sitios citosina-fosfato-guanina (CpG) del promotor de genes supresores de tumores y microARN supresores de tumores que apuntan a oncogenes están hipometilados y se expresan normalmente. El epigenoma está influenciado por factores ambientales como la inflamación y el envejecimiento. La evidencia acumulada deja cada vez más claro que el silenciamiento epigenético juega un papel importante en la carcinogénesis a través de la regulación a la baja de genes supresores de tumores y micro ARN. ⁽⁹⁾

Bajo un microambiente inflamatorio, la exposición a ROS/RNS o citocinas proinflamatorias como la interleucina 6 (IL-6) afecta transcripcionalmente a la proteína metiltransferasa de ADN 1 (DNMT1), lo que resulta en una mayor metilación del ADN de genes supresores de tumores y micro ARN. Los ROS/RNS también inducen una hipometilación global del ADN, lo que resulta en inestabilidad genómica. ⁽⁹⁾

Con respecto al cáncer cervical, se ha asociado al estrés oxidativo con este cáncer; muchos estudios han demostrado que el bajo nivel de antioxidantes induce la producción de radicales libres que causan peroxidación de lípidos, daño en el ADN y las proteínas, lo que conduce a mutaciones que favorecen la transformación maligna. Este resultado sugiere que el estrés oxidativo está involucrado en la patogénesis del cáncer de cuello uterino, lo que se demuestra mediante un aumento en el nivel de peroxidación de lípidos y niveles más altos de 8-hidroxi-2'-desoxiguanosina (8-OHdG) y un sistema de defensa antioxidante alterado. ⁽¹⁰⁾

El anión superóxido (O_2^-), el peróxido de hidrógeno (H_2O_2) y el radical hidroxilo (OH^\bullet) son tipos de ROS que se producen por la reducción parcial del O_2 atmosférico. El malondialdehído (MDA) es uno de los marcadores más comunes de estrés oxidativo y es un producto de la relación de oxidantes-antioxidantes en pacientes con cáncer. La peroxidación de lípidos es iniciada por las especies reactivas de oxígeno (ROS), que se producen a partir de diferentes procesos que llevan a la producción excesiva de MDA, lo que a su vez altera el funcionamiento normal de las células y causa cáncer. Este elevado nivel de MDA podría atribuirse a una mayor producción de ROS secundario a estrés oxidativo en pacientes con cáncer uterino. ⁽¹⁰⁾

El aumento en estos parámetros está relacionado, con la reducción de los niveles circulantes de antioxidantes enzimáticos, como la superóxido dismutasa, la catalasa, la glutatión peroxidasa y la glutatión-S-transferasa; y antioxidantes no enzimáticos, como el glutatión reducido, la coenzima Q10 y las vitaminas A, C y E. ⁽¹⁰⁾

Los radicales libres están involucrados en la regulación de la mayoría de los procesos celulares, especialmente la forma activa de estos radicales libres tiende a indicar estrés oxidativo en una célula. El sistema antioxidante previene al organismo del daño causado por el estrés oxidativo. El desequilibrio entre el sistema oxidante y antioxidante se ha investigado en muchos cánceres, incluido el cáncer de cuello uterino. Gracias a diversas investigaciones se ha logrado detectar que la progresión del tumor va de la mano con el aumento de actividad de la superóxido dismutasa (SOD) así como, elevación en el nivel de MDA en etapas avanzadas del cáncer comparados con etapas iniciales de CaCu, así como una disminución en la GSH antioxidante en pacientes con esta misma patología cuando se les compara con pacientes sanos, sin embargo, aún hace falta información que demuestre la importancia del estrés oxidativo en la evolución y por ende pronóstico de la enfermedad. ⁽¹⁰⁾

Antioxidantes y Salud Celular

Se estima que los factores dietéticos y nutricionales contribuyen al 20-60% de los cánceres en todo el mundo. Comprender los efectos de la dieta y la nutrición en el riesgo de cáncer es de gran importancia para la salud pública. ⁽¹¹⁾

Los antioxidantes son compuestos que desempeñan un papel crucial en la protección de las células contra el estrés oxidativo. El estrés oxidativo, como ya se había mencionado anteriormente, ocurre cuando hay un desequilibrio entre la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS) y la capacidad del cuerpo para neutralizar estas sustancias provocando el deterioro de los mecanismos antioxidantes y con esto, promoviendo la progresión del tumor. ⁽¹²⁾ Las ROS pueden dañar el ADN celular y las proteínas, lo que aumenta el riesgo de cáncer. ⁽⁹⁾

Es primordial comprender el funcionamiento de los antioxidantes para con ello comprender su papel en la salud celular en especial cuando a cáncer cervicouterino se refiere. En este caso hablaremos de antioxidantes no enzimáticos los cuales pueden ser endógenos, como la coenzima Q10, o exógenos; esto quiere decir: vitaminas y minerales. ⁽¹⁰⁾ Vitaminas como la vitamina A (ácido retinoico), C (ácido ascórbico) y E (tocoferol) también pueden inhibir la proliferación de células cancerosas, estabilizar la proteína p53, prevenir el daño al ADN y reducir la inmunosupresión. ⁽¹¹⁾

Se ha encontrado evidencia de que la suplementación dietética de vitamina C puede reducir el riesgo de desarrollar lesiones escamosas intraepitelial en mujeres portadoras de VPH de alto riesgo, también se ha demostrado disminución de los niveles plasmáticos de esta vitamina en mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales. El ácido ascórbico es capaz

de combatir el estrés oxidativo al reaccionar directamente con O^{2-} y OH^- , así como de inducir la apoptosis. Se podría decir que la suplementación con vitamina E reduce la peroxidación lipídica, la agregación plaquetaria, la neurotoxicidad. En un estudio realizado a mujeres de China se demostró que existe una asociación dosis dependiente inversa de las vitaminas E y C y el CaCu, esto demostró que la suplementación de antioxidantes puede reducir el riesgo de cáncer cervicouterino invasivo. ⁽¹²⁾ Por otro lado, se han realizado investigaciones en laboratorio que demuestran que el retinol (metabolito de la vitamina A), además de tener la capacidad de inhibir especies reactivas de oxígeno y de promover la protección celular; también actúa como modulador del crecimiento y diferenciación celular reduciendo con esto, el crecimiento de células con cáncer. ⁽¹²⁾

En cuanto a la vitamina E se trata, un estudio clínico detectó concentraciones más bajas de esta vitamina en mujeres con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, comparada con mujeres sanas, así mismo, se sugirió que las concentraciones disminuyeron a medida que progresaba la neoplasia incluso después de considerar el estado de fumadora o no, sin embargo, aún no hay suficiente información para poder asegurar la relación entre la ingesta de vitamina E y la reducción del riesgo de neoplasia cervical. ⁽⁵⁾

Se ha demostrado la importancia de los folatos en el mantenimiento del ADN y la metilación por lo que se ha llegado a plantear la posibilidad de que una ingesta deficiente de folatos podría incrementar el riesgo de CaCu ya que se promueve la inestabilidad del ADN y la inactivación de genes encargados de suprimir el desarrollo tumoral. En EE. UU se han realizado estudios en los que se demostró una reducción significativa de riesgo para CaCu en mujeres que presentaban una ingesta alta de folatos en comparación con las que tenían una ingesta deficiente de los mismos. ⁽⁵⁾

Con respecto a los minerales, la mayoría de los estudios se han enfocado en Zinc, Selenio (Se) y Manganeso (Mn) que tienen propiedades antioxidantes y, además, participan en la función inmunológica, así como; en la regulación enzimática. ⁽⁵⁾ La alteración en la homeostasis de estos micronutrientes puede estar relacionado con niveles elevados de estrés oxidativo y función antioxidante alterada en las enzimas. Los cationes de Mn y los aniones de Se tienen electrones desapareados lo que les permite participar en reacciones redox. ⁽¹³⁾

El Selenio también puede actuar como prooxidante y ser tóxico para las células cancerosas ⁽¹³⁾ los compuestos de Se tienen la capacidad de ser tóxicos de manera selectiva para las células con cáncer en especial en células resistentes a fármacos quimioterapéuticos y muestran actividad a través de metabolitos redox activos. ⁽¹³⁾ En un estudio se demostró que

el selenito (SeO^{32-}), un compuesto del selenio inorgánico, puede inducir la pérdida casi completa de la expresión del complejo de histocompatibilidad (HLA-E) de las células cancerosas y con esto aumentar la susceptibilidad de las Natural Killers (NK) para “matar” a las células cancerosas, ⁽¹³⁾ así mismo, el Se tiene la capacidad de proliferar linfocitos B y la función aumentada de linfocitos T. ⁽¹³⁾

Se han observado niveles reducidos de Mn en cánceres cervicales y ováricos, así como la expresión del del manganeso superóxido dismutasa (MnSOD) en especial en CaCu. El manganeso es un micronutriente esencial para el desarrollo óseo normal, el metabolismo de macronutrientes y la defensa contra los ROS. Actúa como cofactor para diversas enzimas, incluyendo a la enzima limitante para la síntesis de urea (arginasa), la glutamina sintetasa (GS) (crítica para el metabolismo del amonio en el cerebro), la acetil-CoA carboxilasa (catalizador para la síntesis endógena de ácidos grasos), el fosfoenolpiruvato descarboxilasa y la piruvato carboxilasa (gluconeogénesis). ⁽¹³⁾

Se demostró que una ingesta de 50,000 UI cada dos semanas de vitamina D durante por lo menos 6 meses reduce los marcadores de metabolismo de la insulina, así como mejoría en los niveles inflamación y estrés oxidativo como el óxido nítrico. ⁽¹¹⁾

Los antioxidantes controlan los niveles mitocondriales y del citoplasma de peróxido intracelular y con esto ayudan a proteger a la célula del estrés oxidativo. ⁽¹³⁾

Nutrición y VPH

Se ha logrado asociar que una dieta occidental caracterizada por elevada ingesta de carnes rojas y procesadas, comida chatarra y una baja ingesta de aceite de olivo con un mayor riesgo de infección por VPH; así mismo, se asoció con un aumento en la inflamación, una disminución en la capacidad de combatir infecciones y un mayor riesgo de desarrollar enfermedades autoinmunes.⁽¹¹⁾ La ingesta deficiente de verduras, frutas, yogurt, pescado, tofu y carne demostró tener menor riesgo para la persistencia de VPH. ⁽¹¹⁾

En cuanto a la carga viral, se ha demostrado que las mujeres con baja ingesta de nutrientes y una elevada carga viral de VPH tienen mayor riesgo de desarrollar CaCu comparado con mujeres con una baja ingesta de nutrientes y una baja carga viral por lo que podemos concluir que las pacientes infectadas con VPH, deben aumentar y mantener su ingesta de nutrientes a través de frutas, verduras y en algunos casos la suplementación puede ser, también, una opción para incremental la ingesta de nutrientes y con esto reducir el riesgo de progresión a cáncer cervicouterino. ⁽¹¹⁾

3. JUSTIFICACIÓN

El virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más común en la población mundial, siendo las mujeres las que tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer secundario a esta infección, México tiene una de las tasas más altas de infección por VPH en Latinoamérica y el mundo y se estima que la infección por VPH oncogénico se asocia hasta en un 99.7% de los casos de cáncer cérvico uterino. ⁽⁸⁾

En 2018 se encontró que el cáncer cervicouterino (CaCu) estaba en el top tres de cánceres que afectan a mujeres menores de 45 años con una edad promedio de fallecimiento secundario a CaCu de 59 años, en México en el mismo año; este el cáncer tuvo una incidencia de aproximadamente 11 por cada 100,000 mujeres y una tasa de mortalidad de 6 por cada 100,000 mujeres. ⁽¹⁴⁾

Para 2019, la tasa de mortalidad del CaCu en mujeres de 25 años y más fue de 10.410 defunciones por cada 100 mil mujeres del grupo de edad. Entre los principales tumores malignos por los que fallecen las mujeres de 25 años y más, el CaCu se encuentra en segundo lugar, con 13.2% de las muertes por tumores malignos. Por grupo de edad, la tasa de mortalidad del cáncer cervicouterino pasa de 10.7 muertes por cada 100 mil mujeres de 40 a 49 años de edad, a 18.0 en mujeres de 50 a 59 años y 33.8 en mujeres de 60 años y más. ⁽¹⁵⁾

Se ha demostrado que el estrés oxidativo, causado por un desequilibrio entre los radicales libres y los antioxidantes en el cuerpo, desempeña un papel en la carcinogénesis cervical. El daño oxidativo al ADN y otros componentes celulares puede contribuir al desarrollo de lesiones precursoras del cáncer cervical. ⁽¹¹⁾

Los antioxidantes son sustancias que ayudan a neutralizar los radicales libres y reducir el estrés oxidativo. Se ha sugerido que los antioxidantes pueden ayudar a prevenir o ralentizar la progresión de las lesiones precursoras del cáncer cervical al proteger las células del daño oxidativo. ⁽¹¹⁾

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de cérvix, específicamente el carcinoma de células escamosas es uno de los tipos de cáncer más comunes entre las mujeres en todo el mundo, y representa una carga significativa para la salud pública. En México, este cáncer ocupa un lugar relevante en las estadísticas de morbimortalidad, siendo una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres. Las lesiones precursoras de cáncer cervical, como las displasias cervicales, son

hallazgos comunes en mujeres que se someten a pruebas de detección de cáncer cervical, como el Papanicolaou.

Si bien existen tratamientos efectivos para las lesiones precursoras de cáncer cervical, como la crioterapia, la conización o la ablación, existe un interés creciente en el uso de antioxidantes como tratamiento coadyuvante para mejorar los resultados de estos tratamientos y con esto prevenir el desarrollo de cáncer cervicouterino y sus consecuencias.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación es una investigación descriptiva, cuantitativa, no experimental y longitudinal y se realizó a través de revisión de expedientes clínicos de pacientes que acuden a una clínica de colposcopia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México en específico de la jurisdicción sanitaria Coyoacán. Se realizó una base de datos inicial con los números de expedientes arrojados después de la revisión de la hoja diaria proporcionada por el médico que lidera dicha clínica. Posteriormente se sacaron todos los expedientes de dicha lista para revisarlos tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión y con esto realizar la base de datos general la cual se realizó en Excel, en dicha base de datos se contempló lo siguiente: edad de la paciente, fecha de diagnóstico, que diagnóstico inicial tuvo, en qué fecha se indicó el manejo con multivitamínicos y cuáles fueron así como si se indicó el uso de estrógenos conjugados vía vaginal, la fecha en la que se realizó el Papanicolaou post tratamiento, qué diagnóstico arrojó dicho estudio, si la paciente fuma y si tiene alguna comorbilidad y de ser así: cuál.

5.1 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

Como criterios de inclusión se seleccionaron los expedientes que tuvieran registro en la hoja diaria la indicación de tratamiento médico.

Se incluyeron los expedientes que recibieran tratamiento médico en el período del mes de noviembre 2022 al mes de mayo 2023.

Se seleccionaron expedientes que tuvieran como diagnóstico inicial alguno de los siguientes: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG) y Carcinoma InSitu; sin importar la fecha de diagnóstico o el mecanismo de este (PCR para VPH o Papanicolaou).

Exclusión

Se excluyeron aquellos expedientes de pacientes que no acudieron a cita de control post tratamiento antioxidante.

Expedientes quienes su fecha de control citológico post tratamiento antioxidante fuera posterior a octubre 2023.

Expedientes de pacientes que no forman parte de la clínica de colposcopia.

Expedientes que no hayan recibido tratamiento médico vía oral con vitamina A 50,000 U cada 4 días, vitamina C 500 mg cada tercer día, vitamina D 600 UI cada tercer día y ácido fólico 4 mcg cada 24 horas.

Se excluyeron aquellos expedientes que tuvieran como último resultado citológico “muestra inadecuada” sin importar cual fue el motivo por el cual se consideró inadecuada.

6. HIPÓTESIS

La administración de vitamina A, C, D y ácido fólico como tratamiento coadyuvante en mujeres diagnosticadas con lesiones precursoras de cáncer cervicouterino ayudará a reducir la progresión de las lesiones y con esto disminuir el riesgo de desarrollo de cáncer cervicouterino invasivo. Se espera que la combinación de estas vitaminas y nutrientes tenga efectos benéficos en la reparación del tejido cervical y en la respuesta inmunológica del cuerpo, lo que resultará en una disminución de la carga de lesiones cervicales y una menor necesidad de procedimientos invasivos.

7. OBJETIVOS

7.1 General

- Investigar la eficacia del uso de antioxidantes en específico vitamina A,C,D y ácido fólico como tratamiento coadyuvante en pacientes con lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino en México, con el fin de evaluar su impacto en la prevención de la progresión de estas lesiones a cáncer invasivo y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

7.2 Específicos

- Determinar si la duración del tratamiento con antioxidantes tiene algún impacto en las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.

- Investigar si existe una relación entre los factores de salud general de las pacientes que recibieron tratamiento antioxidante con la evolución de lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino.
- Precisar si la edad de la paciente con lesión precursora de CaCu tiene alguna relación con la evolución de dichas lesiones.
- Establecer si el uso de estrógenos conjugados vía vaginal tiene algún impacto en la evolución de lesiones precursoras de CaCu.
- Determinar si el consumo de tabaco tiene o no relación con la evolución favorable de las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En esta sección se analizó la relación que existe entre las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino y el tratamiento, edad, hábito tabáquico, duración del tratamiento, comorbilidades y por último el uso de estrógenos conjugados. En total se revisaron 663 expedientes de los cuales 294 cumplieron con las características necesarias para ser utilizados en el análisis de resultados encontrando lo siguiente:

8.1 Generalidades

El promedio de edad de las pacientes fue de 49.2 años, la paciente de mayor edad tuvo 75 años mientras que la menor fue de 15 años. Con respecto a las lesiones tanto en el diagnóstico inicial como en el diagnóstico post tratamiento antioxidante, se valoraron los siguientes rubros: sin lesión, células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG) y Carcinoma InSitu, hablando de las lesiones al diagnóstico, 29 pacientes presentaron ASCUS, 213 LEIBG, 52 LEIAG y ninguna presentó carcinoma InSitu; post tratamiento 203 pacientes se presentaron sin lesión, 34 presentaron ASCUS, 49 LEIBG, 8 LEIAG y ninguna presentó carcinoma InSitu posterior al tratamiento. El promedio de duración del tratamiento fue de 113.26 días siendo 12 días la duración de tratamiento más corta y 482 días la duración más larga, todas las pacientes recibieron tratamiento vía oral vitamina A 50,000 U cada 4 días, vitamina C 500 mg cada tercer día, vitamina D 600 UI cada tercer día y ácido fólico 4 mcg cada 24 horas.

En cuanto al hábito tabáquico respecta; 251 pacientes son no fumadoras mientras que 43 sí lo son, en cuanto al uso de estrógenos conjugados respecta en total 64 mujeres recibieron

ambos tratamientos y por último 83 pacientes presentaron algún tipo de comorbilidad, siendo las de mayor prevalencia diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica en conjunto con un total de 26 casos.

Con respecto a las lesiones tanto en el diagnóstico inicial como en el diagnóstico post tratamiento antioxidante, se valoraron los siguientes rubros: sin lesión, células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG) y Carcinoma InSitu.

8.2 Tipo de lesión

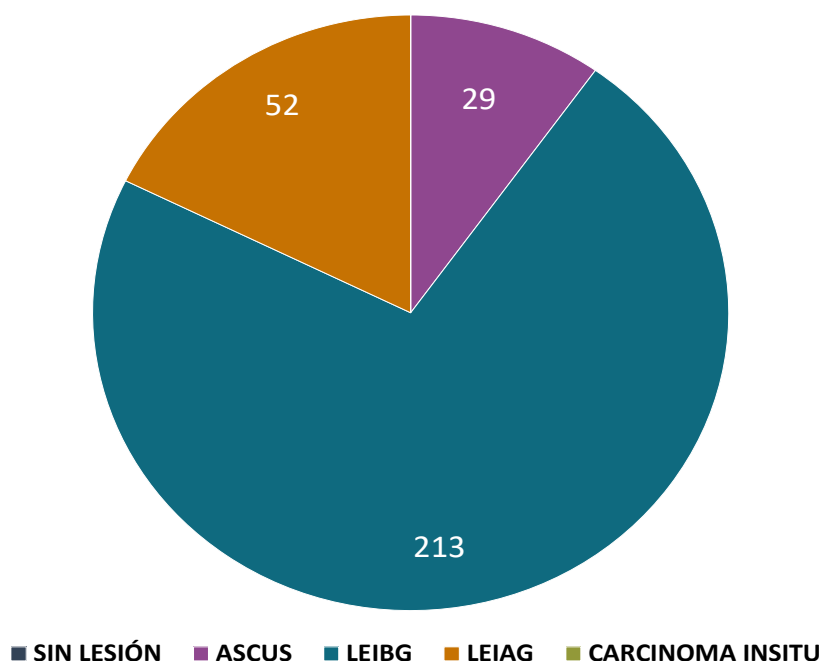
En cuanto a tipo de lesión al diagnóstico respecta en la gráfica 1 y la tabla 1 tenemos expresado que ninguna paciente se presentó sin lesión mientras que 29 pacientes quienes representan al 10% tuvieron como diagnóstico inicial ASCUS, por otro lado 213 pacientes tuvieron LEIBG como diagnóstico inicial representando al 72%, en cuanto a la), lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG) respecta; 52 pacientes tuvieron ese diagnóstico inicial quienes representan al 18%, ninguna paciente tuvo como diagnóstico inicial un carcinoma InSitu.

Tabla 1. Tipo de lesión al diagnóstico

Tipo de lesión	Cantidad de pacientes	%
Sin lesión	0	0%
ASCUS	29	10%
LEIBG	213	72%
LEIAG	52	18%
Carcinoma InSitu	0	0%

Fuente: base de datos de expedientes

Gráfica 1. Tipo de lesión al diagnóstico



Fuente: base de datos de expedientes

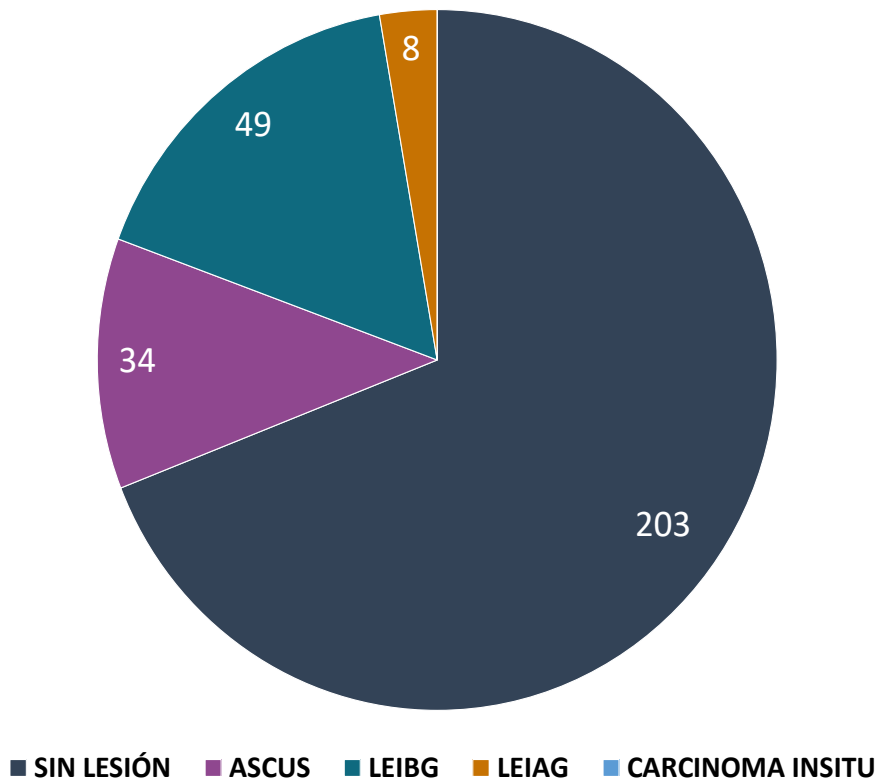
Con respecto al tipo de lesión post tratamiento antioxidante con Vitamina A, C y D y ácido fólico, en la gráfica 2 y la tabla 2 podemos ver que 203 pacientes tuvieron como diagnóstico sin lesión lo que representa al 69%, 34 pacientes tuvieron ASCUS como diagnóstico post tratamiento representando al 12%, 49 pacientes presentaron LEIBG siendo estas el 17%, por último 8 pacientes presentaron LEIAG representando al 3% y ninguna paciente presentó carcinoma InSitu.

Tabla 2. Tipo de lesión post tratamiento antioxidante

Tipo de lesión	Cantidad de pacientes	%
Sin lesión	203	69%
ASCUS	34	12%
LEIBG	49	17%
LEIAG	8	3%
Carcinoma InSitu	0	0%

Fuente: base de datos de expedientes

Gráfica 2. Tipo de lesión post tratamiento



Fuente: base de datos de expedientes

8.3 Edad

Como ya se mencionó anteriormente, el promedio de edad de las pacientes fue de 49.2 años, la paciente de mayor edad tuvo 75 años mientras que la menor fue de 15 años.

En la tabla 3 tenemos representada la cantidad de pacientes por rango de edad y el porcentaje que representan de la muestra, 1 paciente de 15 a 20 años, 9 pacientes de 21 a 25 años, 18 pacientes de 26 a 30, 25 pacientes de 31 a 35, 20 pacientes de 36 a 40, 22 pacientes de 41 a 45 años, 49 de 46 a 50 años, 48 pacientes de 51 a 55 y de 56 a 60 respectivamente, 32 pacientes de 61 a 65 años, 17 pacientes de 66 a 70 y por último 5 pacientes en el rango de 71 a 75 años.

Tabla 3. Cantidad de pacientes por rango de edad

Edad	Pacientes	%
15 a 20	1	0.34%
21 a 25	9	3.06%
26 a 30	18	6.12%
31 a 35	25	8.50%
36 a 40	20	6.80%
41 a 45	22	7.48%
46 a 50	49	16.67%
51 a 55	48	16.33%
56 a 60	48	16.33%
61 a 65	32	10.88%
66 a 70	17	5.78%
71 a 75	5	1.70%

Fuente: base de datos de expedientes

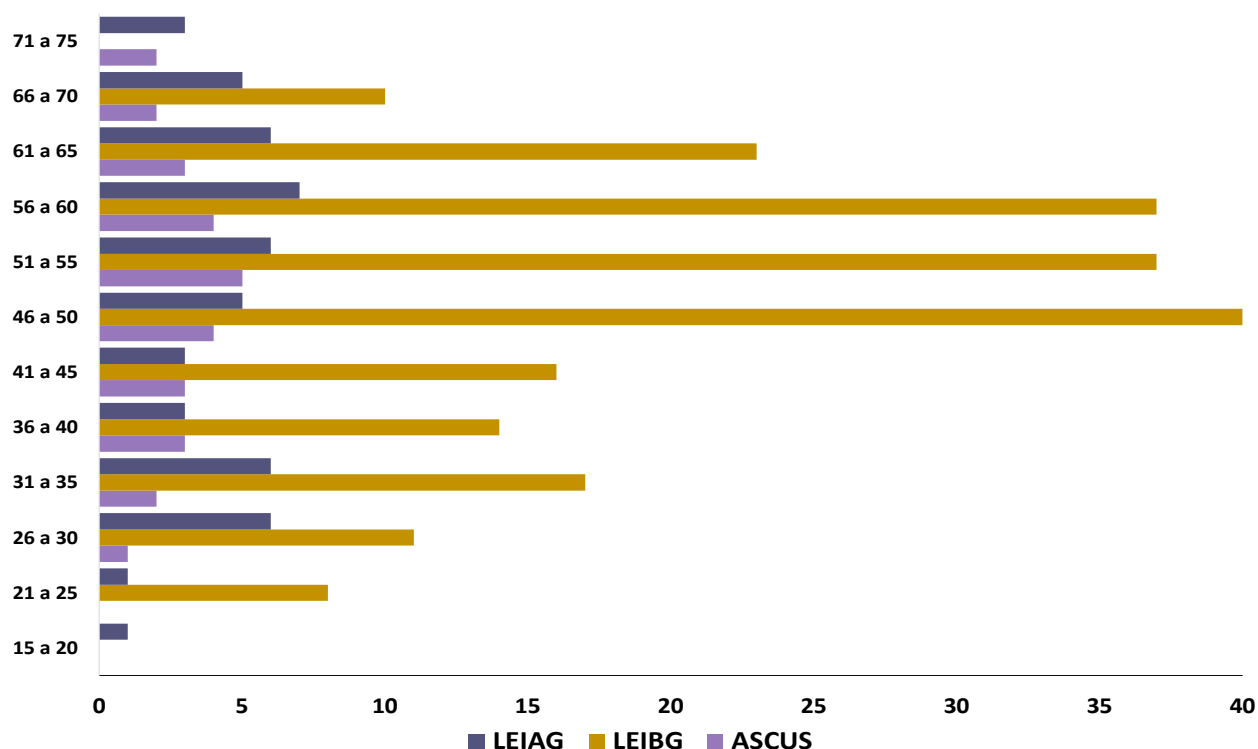
En la tabla 4 se expresan los promedios de edad que se presentaron en cada lesión al diagnóstico y post tratamiento, teniendo en ASCUS se encontró como promedio de edad 51.72 al diagnóstico y 49.38 post tratamiento, para LEIBG los promedios fueron 48.86 al diagnóstico y 44.85 post tratamiento, para LEIAG los promedios fueron 49.15 años al diagnóstico y 50 años post tratamiento y, por último, el promedio de edad de las pacientes que se presentaron sin lesión post tratamiento fue de 50.15 años.

Tabla 4. Promedio de edad por lesión al diagnóstico y post tratamiento.

	Lesión al diagnóstico			Sin Lesión	Lesión post tratamiento		
	ASCUS	LEIBG	LEIAG		ASCUS	LEIBG	LEIAG
Promedio de edad	51.72	48.86	49.15	50.15	49.38	44.85	50

Fuente: base de datos de expedientes

Gráfica 3. Rangos de edad y lesión que presentaron al diagnóstico



Fuente: base de datos de expedientes

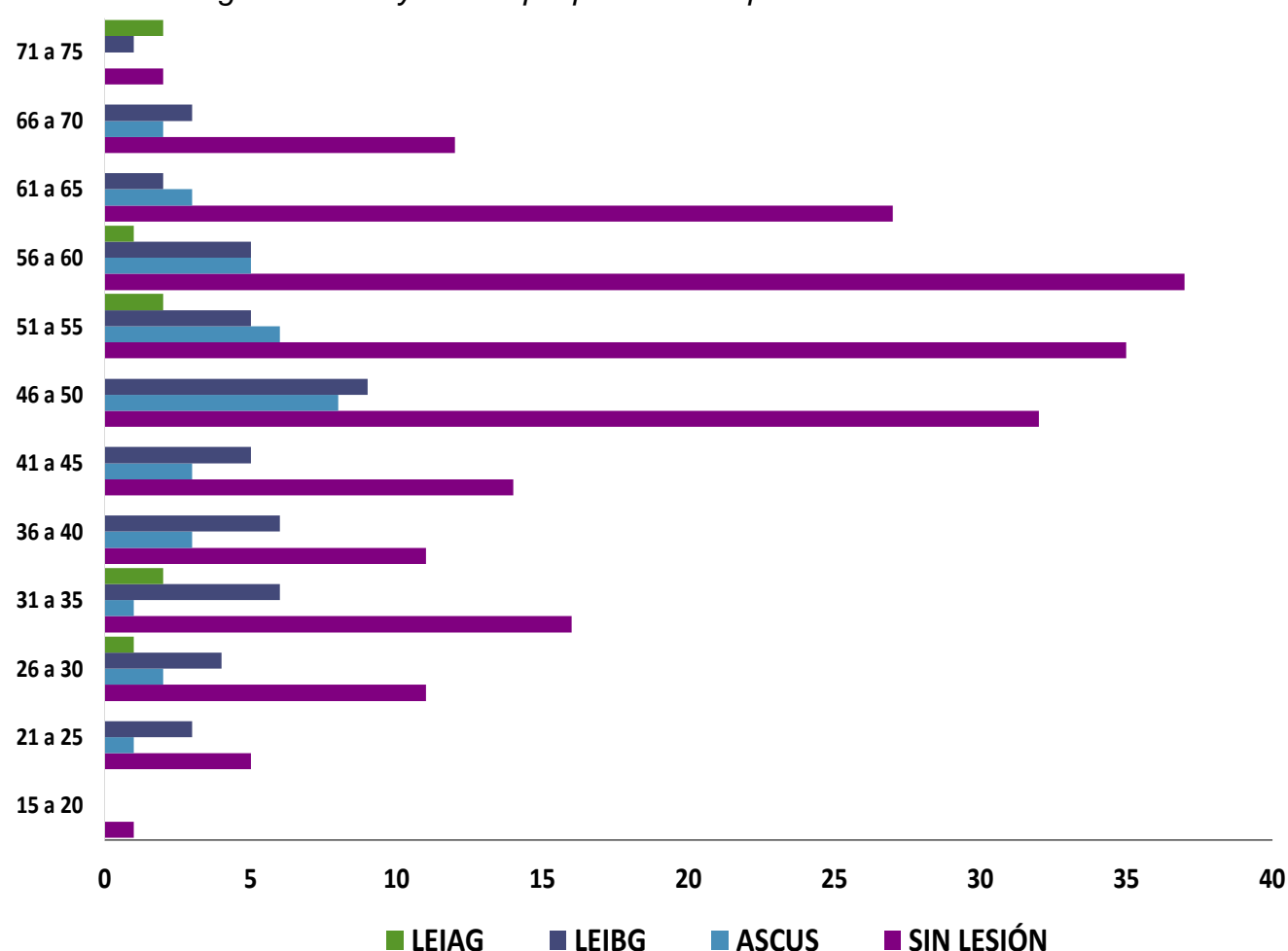
Tabla 5. Rangos de edad y lesión que presentaron al diagnóstico

Edad	ASCUS	%	LEIBG	%	LEIAG	%
15 a 20	0	0%	0	0%	1	0%
21 a 25	0	0%	8	89%	1	11%
26 a 30	1	6%	11	61%	6	33%
31 a 35	2	8%	17	68%	6	24%
36 a 40	3	15%	14	70%	3	15%
41 a 45	3	14%	16	73%	3	14%
46 a 50	4	8%	40	82%	5	10%
51 a 55	5	10%	37	77%	6	13%
56 a 60	4	8%	37	77%	7	15%
61 a 65	3	9%	23	72%	6	19%
66 a 70	2	12%	10	59%	5	29%
71 a 75	2	40%	0	0%	3	60%
Total de pacientes	29		213		52	

Fuente: base de datos de expedientes

En la gráfica 3 y la tabla 5 se expresan los rangos de edad y lesión que presentaron las pacientes al diagnóstico, de las 29 pacientes que presentaron al diagnóstico ASCUS, la menor edad fue 29 años y la mayor fueron 72 con un promedio de 51.82 años, en cuanto a LEIBG al diagnóstico, el total fue de 213 pacientes; la menor edad fue de 21 años y la mayor fueron 70 años con un promedio de 48.86, 52 pacientes presentaron LEIAG con un promedio de edad de 49.15, una edad mínima de 15 años y una máxima de 75 años, las dos edades extremas de la muestra.

Gráfica 4. Rangos de edad y lesión que presentaron post tratamiento



Fuente: base de datos de expedientes

En la gráfica 4 y la tabla 6 se expresan los rangos de edad y lesión que presentaron las pacientes posterior al tratamiento, 203 pacientes no presentaron lesión, la de menor edad fue de 15 años y la de mayor edad fue de 75 años, mismas pacientes que habían presentado una LEIAG al diagnóstico, de las 34 pacientes que presentaron ASCUS, la menor edad fue

28 años y la mayor edad fueron 60 años con un promedio de edad de 49.38, en cuanto a LEIBG, el total fue de 49 pacientes; la menor edad fue de 28 años y la mayor fueron 71 años con un promedio de edad de 44.85; por último 8 pacientes presentaron LEIAG post tratamiento con un promedio de edad de 50, una edad mínima de 26 años y una máxima de 74 años.

Tabla 6. Rangos de edad y lesión que presentaron post tratamiento

Edad	Sin Lesión	%	ASCUS	%	LEIBG	%	LEIAG	%
15 a 20	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%
21 a 25	5	56%	1	11%	3	33%	0	0%
26 a 30	11	61%	2	11%	4	22%	1	6%
31 a 35	16	64%	1	4%	6	24%	2	8%
36 a 40	11	55%	3	15%	6	30%	0	0%
41 a 45	14	64%	3	14%	5	23%	0	0%
46 a 50	32	65%	8	16%	9	18%	0	0%
51 a 55	35	73%	6	13%	5	10%	2	4%
56 a 60	37	77%	5	10%	5	10%	1	2%
61 a 65	27	84%	3	9%	2	6%	0	0%
66 a 70	12	71%	2	12%	3	18%	0	0%
71 a 75	2	40%	0	0%	1	20%	2	40%
Total de pacientes	203		34		49		8	

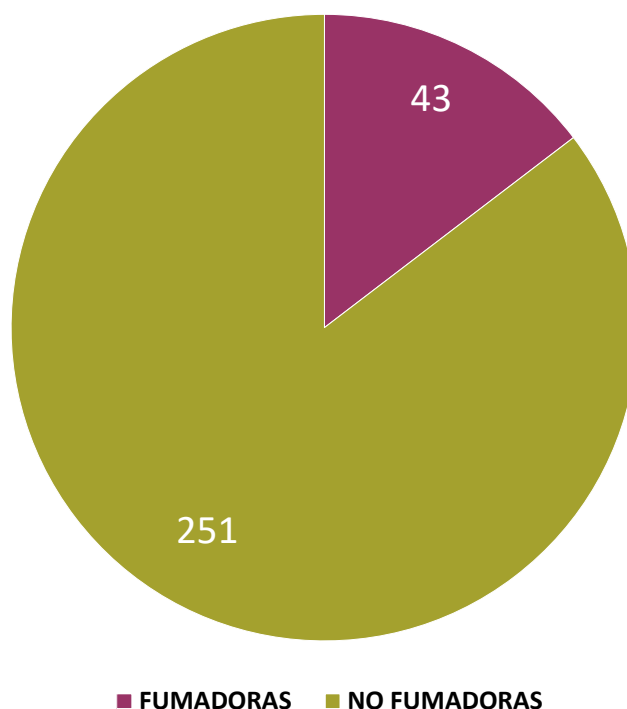
Fuente: base de datos de expedientes

8.4 Hábito tabáquico

Como se mencionó anteriormente, se ha identificado una relación entre el tabaquismo y la progresión de las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino (CaCu) a cáncer ⁽⁶⁾ por lo que se analizó el tipo de lesión al diagnóstico y el tipo de lesión post tratamiento de las pacientes fumadoras y no fumadoras encontrando lo siguiente:

En la gráfica 5 y en la tabla 7 tenemos representadas a las pacientes fumadoras y a las no fumadoras, 43 pacientes fuman representando al 15% del total, mientras que, 251 pacientes son no fumadoras quienes representan al 85%

Gráfica 5. Pacientes fumadoras y no fumadoras



Fuente: base de datos de expedientes

Tabla 7. Pacientes fumadoras y no fumadoras

	Cantidad de pacientes	%
Fumadoras	43	15%
No fumadoras	251	85%

Fuente: base de datos de expedientes

Tanto en la tabla 8 como en la gráfica 6 está representado el tipo de lesión al diagnóstico y si la paciente es o no fumadora, dos pacientes fumadoras quienes representan al 5% de este grupo y 27 pacientes no fumadoras quienes son el 11% de este otro grupo tuvieron ASCUS como lesión diagnóstica, por otro lado 33 pacientes fumadoras quienes son el 77% de su grupo y 180 pacientes no fumadoras que representan al 72% del grupo de no fumadoras tuvieron LEIBG al diagnóstico, mientras tanto, 8 pacientes fumadoras que son el 19% de su

grupo y 44 pacientes no fumadoras que son el 17% del suyo presentaron LEIAG al diagnóstico, ninguna paciente presentó carcinoma InSitu al diagnóstico.

Gráfica 6. Lesión al diagnóstico en pacientes fumadoras y no fumadoras

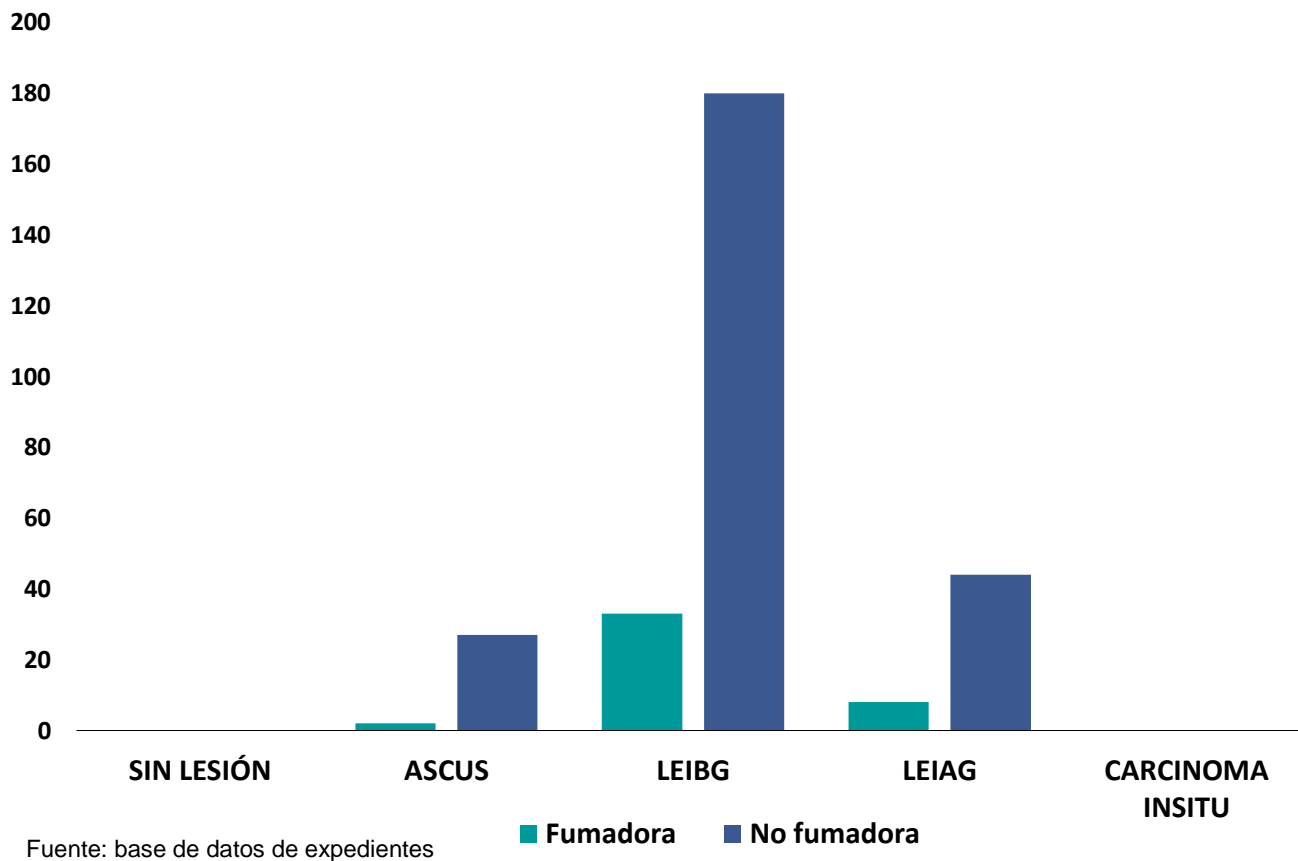


Tabla 8. Lesión al diagnóstico en pacientes fumadoras y no fumadoras

	Fumadora	%	No fumadora	%
Sin lesión	0	0%	0	0%
ASCUS	2	5%	27	11%
LEIBG	33	77%	180	72%
LEIAG	8	19%	44	17%
Carcinoma InSitu	0	0%	0	0%

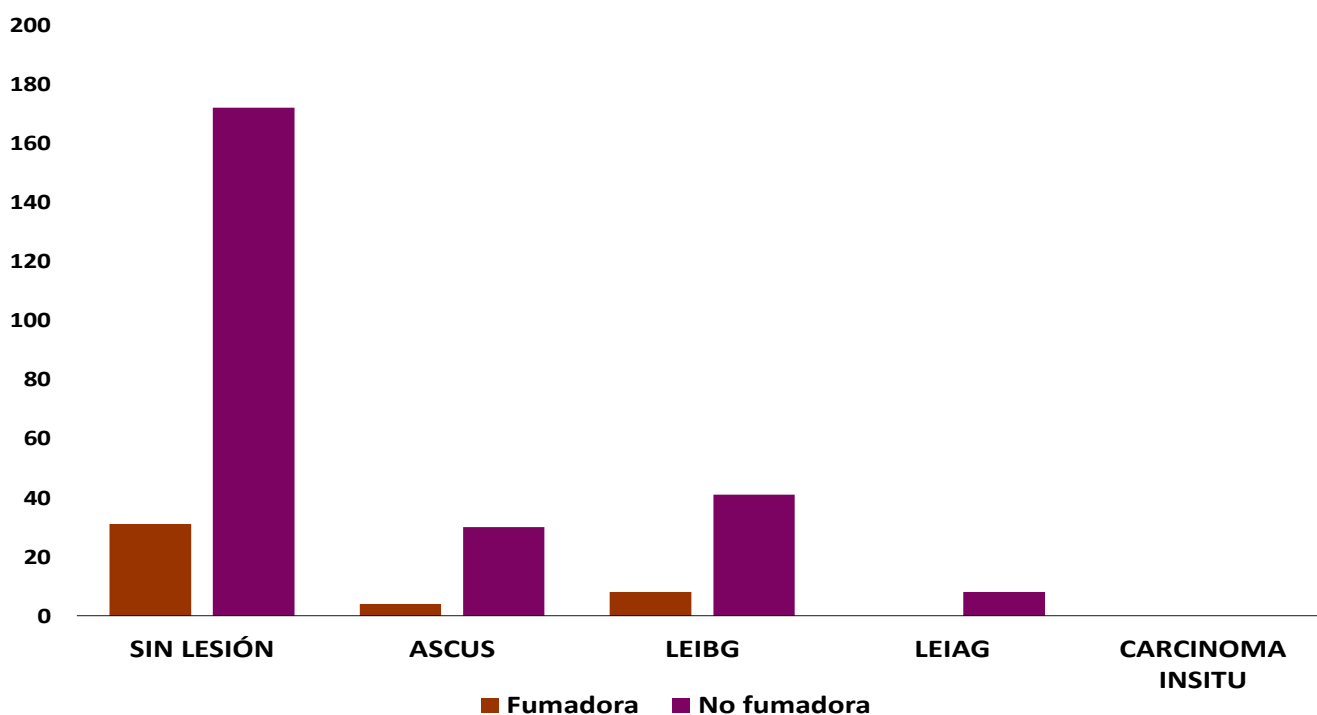
Fuente: base de datos de expedientes

Tabla 9. Lesión al post tratamiento en pacientes fumadoras y no fumadoras

	Fumadora	%	No fumadora	%
Sin lesión	31	72%	172	69%
ASCUS	4	9%	30	12%
LEIBG	8	19%	41	16%
LEIAG	0	0%	8	3%
Carcinoma InSitu	0	0%	0	0%

Fuente: base de datos de expedientes

Gráfica 7. Lesión al post tratamiento en pacientes fumadoras y no fumadoras



Fuente: base de datos de expedientes

En la gráfica 7 y la tabla 9 están representados el tipo de lesión post tratamiento y si la paciente es o no fumadora, el 72% de las pacientes fumadoras que en este caso fueron 31 y el 69% de las no fumadoras (172 pacientes) se presentaron sin lesión post tratamiento, por otro lado, cuatro pacientes fumadoras quienes representan al 9% de este grupo y 30 pacientes no fumadoras quienes son el 12% de este otro grupo tuvieron ASCUS como tipo de lesión post diagnóstica, en cuanto a la lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG) respecta, 8 pacientes fumadoras quienes son el 19% de su grupo y 41 pacientes no

fumadoras que representan al 16% del grupo de no fumadoras tuvieron dicha lesión post tratamiento, mientras tanto, ninguna paciente fumadora y 8 pacientes no fumadoras que son el 3% de este grupo presentaron LEIAG post tratamiento, ninguna paciente presentó carcinoma InSitu post tratamiento antioxidante.

En total de las 43 pacientes fumadoras, 35 pacientes tuvieron un cambio entre el diagnóstico pre tratamiento y el post tratamiento, 31 pasaron de tener algún tipo de lesión a sin lesión después del tratamiento, la duración promedio del tratamiento de estas 31 paciente fue de 105.54 días, siendo 22 días el de más corta duración y 236 días el de mayor duración, por otro lado, 8 pacientes fumadoras que presentaron LEIBG al diagnóstico; continuaron con este mismo tipo de lesión post tratamiento, con un promedio de duración de 82.43 días siendo 168 días el de mayor duración y 13 días el de menor. Por otro lado, en cuanto a las 151 pacientes no fumadoras; 4 pacientes pasaron de tener una LEIBG al diagnóstico a una LEIAG post tratamiento y una paciente paso de tener ASCUS al diagnóstico a LEIAG post tratamiento, siendo el promedio de duración de estos de 136.60 con una duración mínima de 121 días y una máxima de 184 días. Por otro lado 36 de las pacientes no fumadoras se mantuvieron con el mismo diagnóstico; 3 pacientes presentaron ASCUS inicial y ASCUS post manejo con antioxidantes, 30 pacientes llegaron a la clínica con LEIBG y tuvieron LEIBG post tratamiento, 3 pacientes mantuvieron su LEIAG aún post tratamiento, el promedio de duración del tratamiento de las pacientes que mantuvieron su mismo diagnóstico fue de 103.25 días, siendo 12 días el tratamiento más corto y 183 días el más largo.

En cuanto a mejoría post lesión trata, 172 mujeres pasaron de tener algún tipo de lesión al diagnóstico a sin lesión en el Papanicolau post tratamiento, con una duración promedio de 122.57 días, una mínima de 30 días y una máxima de 262 días, también hubo cambios en otro tipo de lesiones, 24 pacientes no fumadoras que presentaron LEIBG al diagnóstico presentaron ASCUS post tratamiento, con una duración promedio de 100.33 días, una máxima de 242 días y una mínima de 20 días, por otro lado, de 14 pacientes que presentaron LEIAG al diagnóstico; 3 cambiaron a ASCUS con una duración promedio de tratamiento de 49.33 días, un máximo de 113 días y un mínimo de 19 días, las 11 pacientes que presentaron LEIAG al diagnóstico tuvieron una mejoría a LEIBG post tratamiento, con una promedio de duración de 87.64 días, una máxima de 208 días y una mínima de 19.

8.5 Duración del tratamiento

Para el análisis de la duración del tratamiento se hicieron rangos de 0 a 60 días, de 61 a 120 días, de 121 a 180 de 181 a 240 días, de 241 días o más. El promedio de duración del tratamiento fue de 113.26 días siendo 12 días la duración de tratamiento más corta y 482 días la duración más larga.

En la tabla 10 y la gráfica 8 se representaron los rangos de duración de tratamiento y las lesiones pre y post manejo con antioxidantes, en el primer rango tenemos los tratamientos de duración de 0 a 60 días con un total de 49 pacientes, como lesión inicial tenemos 1 ASCUS y como lesión final 9 ASCUS, en este mismo rango con LEIBG al diagnóstico se presentaron 40 casos y al post tratamiento 12, para LEAG se presentaron 8 al diagnóstico y ningún caso post tratamiento; de este mismo rango, se presentaron 28 casos sin lesión post tratamiento que representan una mejoría del 57% de los casos que recibieron tratamiento dentro de este rango de duración, en el rango de 61 a 120 días tenemos un total de 125 casos de los cuales, 16 fueron ASCUS al diagnóstico y 15 al post manejo, en cuanto LEIBG 91 casos al diagnóstico y 23 casos post tratamiento, en LEIAG tenemos 18 casos al diagnóstico y 2 casos post manejo, de este rango se presentaron en el post tratamiento 85 casos sin lesión quienes representan al 68% de este grupo, por otro lado, en el rango de 121 a 180 días está conformado por un total de 75 casos de los cuales, se presentaron 8 ASCUS diagnósticas y 7 ASCUS post tratamiento, 25 LEIBG diagnósticas y 2 al diagnóstico, 12 LEIAG al diagnóstico y 2 post tratamiento antioxidante, en cuanto a los casos que mejoraron de algún tipo de lesión a sin lesión en el post tratamiento; este grupo tuvo un total de 52 casos quienes representan al 69%, en el penúltimo rango tenemos la duración de 181 a 240 días de tratamiento tenemos 34 pacientes de las cuales al diagnóstico se encontraron 3 ASCUS, 25 LEIBG y 12 LEIAG, mientras que al post tratamiento se encontró 2 ASCUS, 2 LEIBG y 2 LEIAG, con respecto a los casos que progresaron de lesión a sin lesión en este rango tenemos un total de 34 casos que representan al 85% de este grupo y por último el rango de 241 días o más está conformado por 5 casos de los cuales 1 fue ASCUS diagnóstico, 3 fueron LEIBG al diagnóstico y para LEIAG fue un caso, en cuanto a las lesiones post tratamiento; se presentó 1 ASCUS y 4 pacientes sin lesión quienes representan al 80% de este rango, tomando en cuenta todo lo anterior podríamos deducir que a mayor

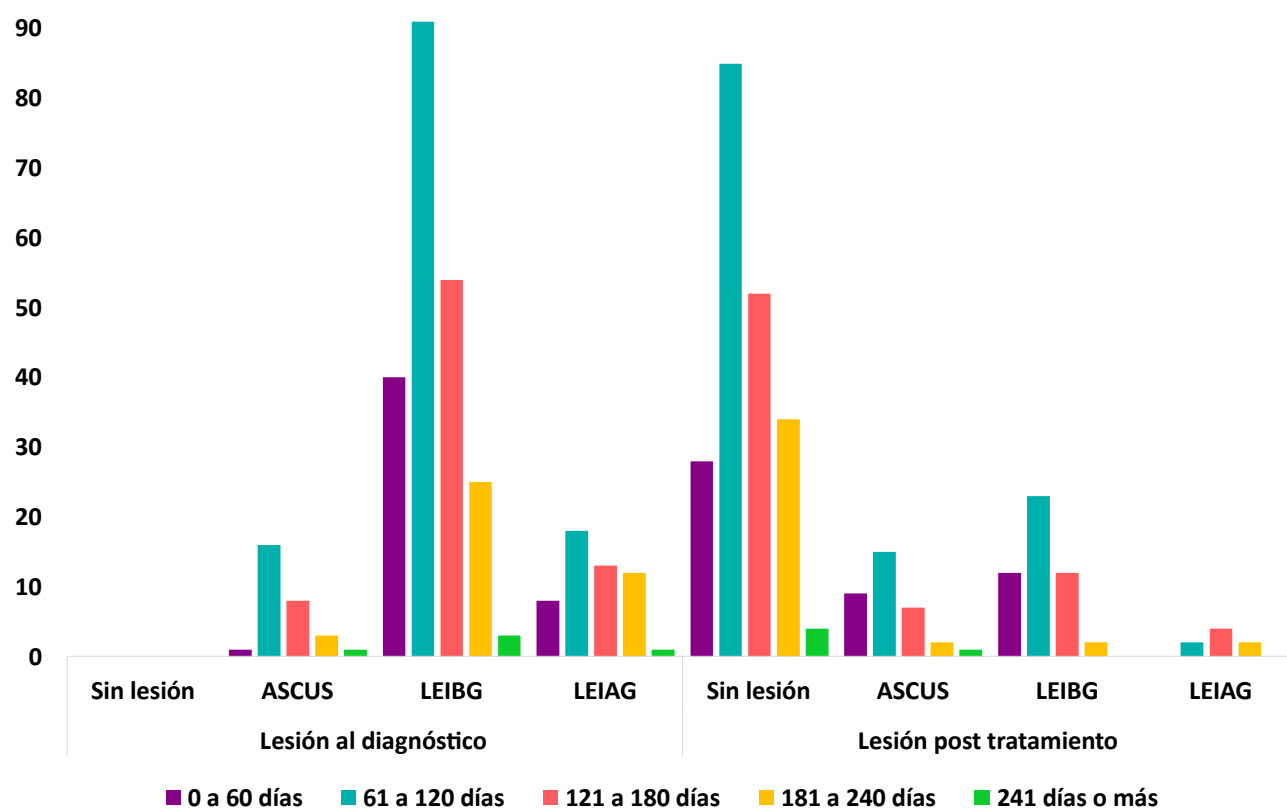
duración de tratamiento antioxidante, mejor progresión en las lesiones precursoras de CaCU hacia una remisión de las mismas.

Tabla 10. Lesión diagnóstica y post tratamiento y duración de tratamiento

		0 a 60 días	61 a 120 días	121 a 180 días	181 a 240 días	241 días o más
Lesión al diagnóstico	Sin lesión	0	0	0	0	0
	ASCUS	1	16	8	3	1
	LEIBG	40	91	54	25	3
	LEIAG	8	18	13	12	1
Lesión post tratamiento	Sin lesión	28	85	52	34	4
	ASCUS	9	15	7	2	1
	LEIBG	12	23	12	2	0
	LEIAG	0	2	4	2	0

Fuente: base de datos de expedientes

Gráfica 8. Lesión diagnóstica y post tratamiento y duración de tratamiento



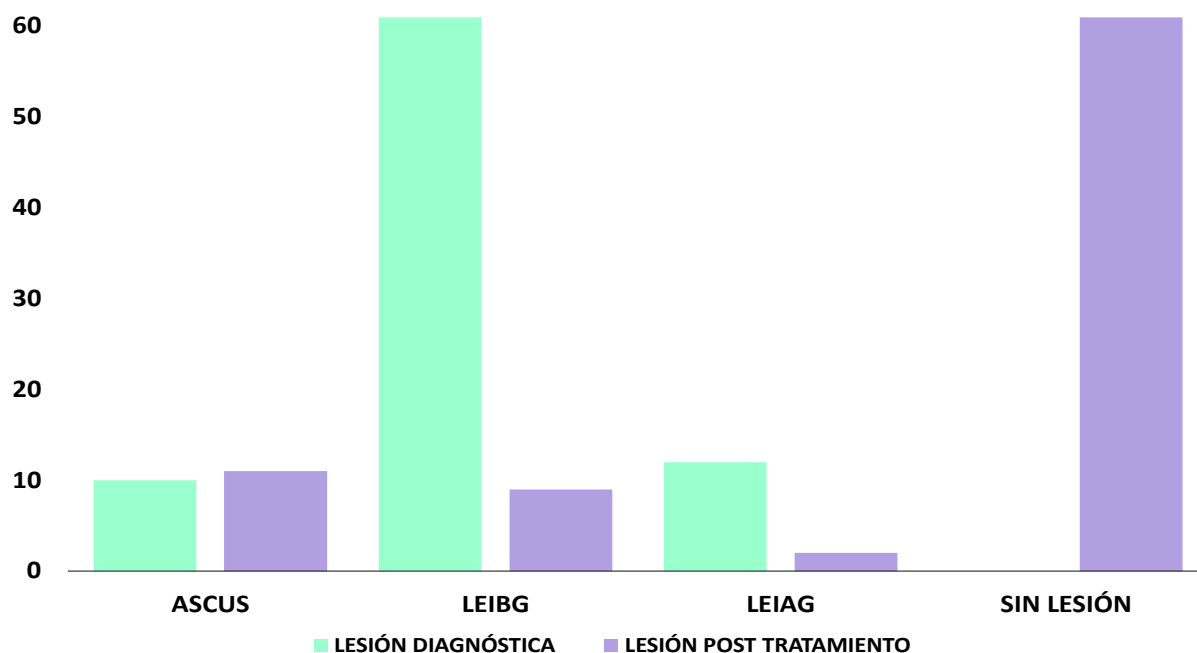
Fuente: base de datos de expedientes

8.6 Comorbilidades

En cuanto a comorbilidades se trata, en total de las 294 pacientes, 83 presentaron algún tipo de comorbilidad, siendo las de mayor prevalencia diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica con un total de 26 casos, seguido por únicamente hipertensión arterial sistémica con un total de 22 casos, en tercer lugar, se encuentran las pacientes con diabetes mellitus siendo estas 16, 2 pacientes son portadoras de asma, 2 pacientes padecen epilepsia, 2 pacientes tienen hipotiroidismo, después están los casos de alguna enfermedad crónica en conjunto con alguna otra, como dislipidemias y diabetes teniendo 2 pacientes, 1 paciente con hipertensión arterial sistémica y cáncer de mama, 1 paciente con hipertensión y un evento vascular cerebral, una paciente con cuadro depresivo mayor y diabetes mellitus tipo 2, y por último tenemos otras enfermedades todas ellas con un caso por cada una como anemia, depresión y alcoholismo, dislipidemia, esquizofrenia, hepatitis B, onicomicosis, osteoporosis y por último teratoma. El promedio de edad este grupo fue de 55.09 años, con una edad mínima de 25 años y una máxima de 74 años. Para el análisis de este grupo se hará un análisis general entre las lesiones diagnósticas y las lesiones post manejo antioxidante sin diferenciar que comorbilidad presentan.

En la gráfica 9 y la tabla 11 tenemos representado al grupo de pacientes que presentan alguna de las comorbilidades antes mencionadas y la lesión que presentaron al diagnóstico y post tratamiento, en total como lesión diagnóstica 10 pacientes presentaron ASCUS quienes representan al 12% del grupo con comorbilidades, 61 pacientes presentaron LEIBG siendo el 73%, 12 pacientes quienes son el 14% del grupo presentaron LEIAG al diagnóstico, por otro lado en el tipo de lesión post tratamiento de este grupo, 61 pacientes se presentaron sin lesión lo que representa al 73%, 11 pacientes presentaron ASCUS siendo estas el 13%, 9 pacientes presentaron LEIBG siendo el 11% y por último; 2 pacientes presentaron LEIAG como lesión post tratamiento siendo estas el 2% del grupo con comorbilidades.

Gráfica 9. Lesión diagnóstica y post tratamiento en pacientes con comorbilidades



Fuente: base de datos de expedientes

Tabla 11. Lesión diagnóstica y post tratamiento en pacientes con comorbilidades

	Lesión diagnóstica	%	Lesión post tratamiento	%
ASCUS	10	12%	11	13%
LEIBG	61	73%	9	11%
LEIAG	12	14%	2	2%
Sin lesión	0	0%	61	73%

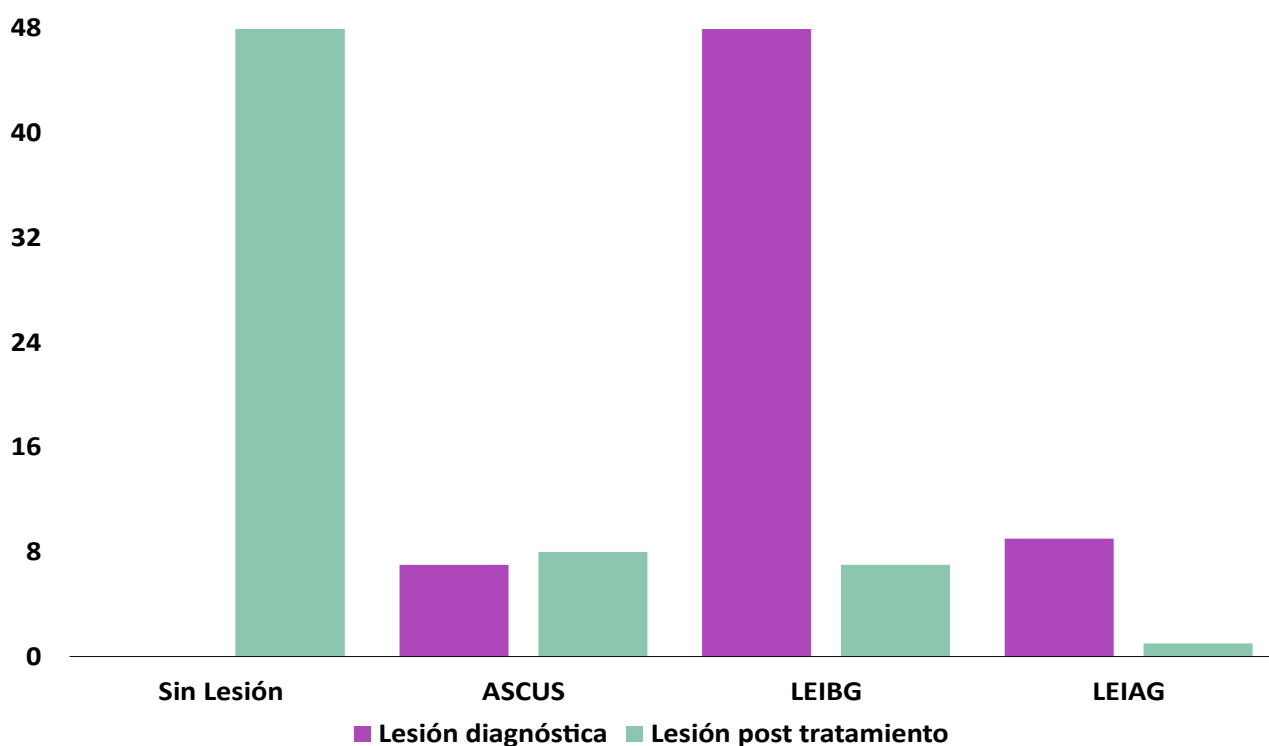
Fuente: base de datos de expedientes

8.7 Uso de estrógenos conjugados

En total 64 mujeres recibieron además de tratamiento con antioxidantes, tratamiento con estrógenos conjugados vía vaginal, la edad promedio de este grupo fue de 57.96 años con una mínima de 41 años y una máxima de 74.

En la tabla X y la gráfica X se encuentran representadas las lesiones diagnósticas y las lesiones post tratamiento del grupo de pacientes que además de recibir tratamiento con antioxidantes, recibieron estrógenos conjugados vía vaginal, como lesión diagnóstica tenemos 7 casos con ASCUS que representan al 11% del grupo, 48 casos con LEIBG siendo estas el 75%, y con LEIAG se presentaron 9 casos al diagnóstico quienes representan al 14% de las pacientes que recibieron dos tipos de tratamiento, en cuanto a las lesiones post tratamiento antioxidante y con estrógenos, tenemos 48 casos sin lesión que representan al 75%, 8 casos con ASCUS siendo este el 13%, 7 casos con LEIBG siendo estos el 11% y por último 1 caso de LEIAG que representa al 2% del grupo de doble tratamiento.

Gráfica 10. Lesión diagnóstica y post tratamiento en pacientes con uso de estrógenos conjugados



Fuente: base de datos de expedientes

Tabla 12. Lesión diagnóstica y post tratamiento en pacientes con uso de estrógenos

	Lesión diagnóstica	%	Lesión post tratamiento	%
Sin Lesión	0	0%	48	75%
ASCUS	7	11%	8	13%
LEIBG	48	75%	7	11%
LEIAG	9	14%	1	2%

conjugados

Fuente: base de datos de expedientes

9. DISCUSIÓN

La investigación sobre el uso de vitamina A, C y D, así como ácido fólico como tratamiento coadyuvante para las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino presenta resultados que abren la puerta a nuevas estrategias preventivas y terapéuticas. A continuación, se discuten algunos puntos clave que emergen de este estudio y sus posibles implicaciones clínicas:

1. Mecanismos Biológicos:

Se observó que las vitaminas A, C y D, junto con el ácido fólico, tienen efectos beneficiosos sobre los mecanismos biológicos asociados con el desarrollo de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Estos compuestos han demostrado propiedades antioxidantes, antiinflamatorias y moduladoras del sistema inmunológico, lo que podría contribuir a la prevención de la progresión de las lesiones.

2. Efectos Secundarios y Toxicidad:

Aunque se observaron beneficios, es esencial abordar posibles efectos secundarios y la toxicidad asociada con la administración de estas vitaminas y ácido fólico en dosis elevadas a largo plazo. Se necesita más investigación para determinar las dosis óptimas que maximizan los beneficios terapéuticos mientras minimizan los riesgos potenciales.

3. Consideraciones de Población:

La variabilidad genética y las diferencias en las necesidades nutricionales pueden influir en la respuesta de los individuos a estos suplementos. Es fundamental tener en cuenta la diversidad de la población y explorar la posibilidad de terapias personalizadas que se adapten a las características individuales de cada paciente.

4. Integración con Tratamientos Convencionales:

Se debe evaluar la posible integración de estos suplementos con los tratamientos convencionales actuales para lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. La

combinación de enfoques tradicionales y terapias coadyuvantes podría ofrecer estrategias más efectivas.

En resumen, la investigación sobre el uso de vitamina A, C y D, junto con ácido fólico, como tratamiento coadyuvante para las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino destaca la necesidad de un enfoque integral en la prevención y tratamiento de estas condiciones. Sin embargo, se requieren estudios clínicos a gran escala y a largo plazo para validar estos hallazgos y establecer pautas claras para su aplicación clínica.

10. CONCLUSIONES

Dado que el estudio no fue un estudio controlado, no se puede afirmar o negar si las pacientes siguieron el tratamiento indicado, por lo que no se puede asegurar que exista o no una relación entre el uso de antioxidantes como tratamiento coadyuvante para prevenir la progresión de las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Se podría inferir que la prevalencia de lesiones precursoras de CaCu en las mujeres mayores de 30 años podría ser secundario a la falta de vacunación, sin embargo, dado que no se investigó si las pacientes habían sido vacunadas o no; no se puede afirmar o negar una relación entre el tipo de lesión y la vacunación. Como sabemos, el estrés juega un papel importante en el funcionamiento del sistema inmune, dado que no se midieron los niveles de estrés durante la duración del tratamiento; no podemos aseverar que exista una relación entre el tratamiento y la progresión de las lesiones ya que no es posible determinar si la mejoría o el empeoramiento fue secundario a los niveles elevados o bajos de estrés que las pacientes pudieron sufrir durante el tratamiento.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2010.
2. DynaMed. Cervical Cancer. EBSCO Information Services. Accesado el: 24 de julio de 2023. <https://www.dynamed.com/condition/cervical-cancer>
3. Tratamiento del cáncer cervicouterino en segundo y tercer nivel de atención. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 16/03/2017. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
4. Chamot E, Kristensen S, Stringer JS, Mwanahamuntu MH. Are treatments for cervical precancerous lesions in less-developed countries safe enough to promote scaling-up of cervical screening programs? A systematic review. *BMC Women's Health*. 2010;10(1):1-11. doi:10.1186/1472-6874-10-11.
5. Potischman N, Brinton LA. Nutrition and cervical neoplasia. *Cancer Causes and Control*. 1996;7:113-26.
6. Muñoz N, Castellsagué X, de González AB, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine* [Internet]. Agosto de;24:S1-S10. DOI: 10.1016/j.vaccine.2006.05.115
7. ROC Clinic [Internet]. Virus del Papiloma Humano: qué es y cómo se trata - ROC Clinic [imagen]; [consultado el 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://rocclinic.com/blog/virus-papiloma-humano-que-es-como-se-trata/>.
8. Vázquez-Vega S. Prevalencia del virus del papiloma humano oncogénico en Pacientes Con Lesión Cervical. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2021;58(3). doi:10.24875/rmimss.m20000027
9. Murata M. Inflammation and cancer. *Environ Health Prev Med* [Internet]. 20 de octubre de 2018 [consultado el 03 de julio de 2023];23(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12199-018-0740-1>
10. Zahra K, Patel S, Dey T, Pandey U, Mishra SP. A study of oxidative stress in cervical cancer-an institutional study. *Biochem Biophys Rep* [Internet]. Marzo de 2021 [consultado el 03 de julio de 2023]; 25:100881. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bbrep.2020.100881>
11. Koshiyama. The Effects of the Dietary and Nutrient Intake on Gynecologic Cancers. *Healthcare* [Internet]. 7 de julio de 2019 [consultado el 03 de julio de 2023];7(3):88. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare7030088>
12. Preci DP, Almeida A, Weiler AL, Mukai Franciosi ML, Cardoso AM. Oxidative damage and antioxidants in cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 27 de octubre de 2020 [consultado el 03 de julio de 2023];ijgc—2020-001587. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/ijgc-2020-001587>
13. Golar A, Kozłowski M, Guzik P, Kwiatkowski S, Cymbaluk-Płoska A. The Role of Selenium and Manganese in the Formation, Diagnosis and Treatment of Cervical, Endometrial and Ovarian Cancer. *Int J Mol Sci* [Internet]. 29 de junio de 2023 [consultado el 11 de septiembre de 2023];24(13):10887. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms241310887>
14. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. 2020;8(2):e191-203.
15. Cáncer de Mama y cérvico-uterino cáncer de mama [Internet]. Gobierno de México; [consultado el 14 de agosto de 2023]]. Disponible en: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/cama_cacu.pdf

CAPÍTULO 2

Diagnóstico De Salud Del CST Iii Dr. Salvador Allende Con Clínica De Especialidades

1. INTRODUCCIÓN

La salud de una comunidad refleja de manera inequívoca su entorno y el acceso que tiene a los servicios médicos pertinentes. En este contexto, el presente diagnóstico de salud en la población adscrita al CST III Dr. Salvador Allende Con Clínica de Especialidades, tiene como propósito fundamental identificar los principales problemas de salud, vivienda, situación familiar y trato digno que afectan a esta comunidad. Tomando en cuenta los determinantes de la salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud, los objetivos de esta investigación abarcaron desde el análisis sociodemográfico hasta la evaluación de la salud general de los pacientes, la detección temprana de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables. ⁽¹⁾

A lo largo de este estudio, los resultados obtenidos han revelaron dos hallazgos importantes; en primer lugar, la dependencia significativa para con los servicios de salud gratuitos en esta población, lo que destaca la necesidad de mantener y mejorar la calidad de la atención médica brindada en el CST III Dr. Salvador Allende, en segundo lugar, se identificó una alta prevalencia de enfermedades crónicas, particularmente entre la población de 20 a 59 años, siendo la hipertensión arterial sistémica una de las afecciones más prevalentes. Además, a pesar de que la mayoría de la población dispone de tiempo libre para la recreación, se observa una falta de actividad física regular y la presencia de hábitos alimenticios poco saludables. Ante estos resultados es necesario desarrollar estrategias de promoción activa de estilos de vida saludables, lo cual busca no solo tratar las enfermedades existentes, sino también prevenir su desarrollo en población sana con factores de riesgo, brindando bienestar a largo plazo a la población adscrita al CST III Dr. Salvador Allende.

2. OBJETIVOS

General

Identificar los principales problemas de salud, vivienda, situación familiar y trato digno que aquejan a la población que está adscrita al CST III Dr. Salvador Allende, así como desarrollar estrategias para su prevención y control considerando tanto las necesidades y características propias de la población, como las causas principales de morbilidad según estadísticas de la alcaldía Coyoacán.

Específicos

1. Definir el entorno sociodemográfico de la población adscrita al CST III Dr. Salvador Allende, considerando su importancia como factor determinante de la salud.
2. Evaluar la situación general actual de salud de la población adscrita al CST III Dr. Salvador Allende incluyendo datos epidemiológicos como prevalencia de enfermedades y factores de riesgo y posibles brechas en el acceso a los servicios de salud.
3. Analizar los datos recopilados con la finalidad de diseñar estrategias de detección temprana y diagnóstico oportuno de los padecimientos primordiales que aquejan a la población del CST III Dr. Salvador Allende.
4. Establecer una red de colaboración con los demás profesionales de salud que forman parte del CST III Dr. Salvador Allende para con ello poder brindar una atención integral, oportuna y de calidad a los pacientes.
5. Concientizar a la población sobre aquellas acciones que pueden tomar en cuenta para prevenir y frenar la evolución de enfermedades, tornando en un futuro las consultas con una visión más preventiva que terapéutica.

3. MARCO DE REFERENCIA

Se recuperó información de diversas fuentes para tener un panorama general acerca del sistema de salud mexicano, lo que permitió contextualizar la infraestructura nacional actual, permitiendo así tener un punto de partida para analizar la información recopilada sobre la Ciudad de México, haciendo especial énfasis en la alcaldía Coyoacán. Los datos recuperados para el análisis sociodemográfico de la alcaldía de Coyoacán se tomaron principalmente del más reciente censo nacional del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. ⁽²⁾

Sistema Mexicano de Salud

El sistema de salud de México tiene 60 años desde su fundación en 1943; año en el que se establecieron la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy conocida como la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México, considerado como el primero de los Institutos Nacionales de Salud. ⁽³⁾

Al pasar de los años cada vez más instituciones fueron naciendo, por lo que fue necesario realizar reformas de salud para responder ante la necesidad de la atención de la población obrera, siendo estos los primeros derechohabientes. Con el aumento de la demanda de atención requerida en el país se comenzaron a implementar nuevas reformas que cubrieran estas necesidades, siendo aquí donde se crea el sistema nacional de salud. ⁽³⁾

¿Quiénes pueden recibir atención médica?

La atención de la salud es un derecho constitucional que todos los mexicanos poseen por el simple hecho de haber nacido en este país, según lo establecido en el artículo 4° de la Constitución Política Mexicana. ⁽³⁾

Instituciones de salud

Actualmente existen tres grandes prestadores de servicios en nuestro sistema nacional de salud:

- Las instituciones de seguridad social: Aquellas que brindan atención a la población asegurada, atendiendo alrededor del 50% de la población, compuesto por: ⁽⁴⁾
 - Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
 - Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
 - Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX)
 - Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)
 - Secretaría de Marina (SEMAR).
- Los servicios de salud pública: Aquellos encargados de brindar atención a los ciudadanos no asegurados por las instituciones antes mencionadas, atendiendo alrededor del 40% de la población mexicana, compuesto por la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS - Bienestar. ⁽⁴⁾
- Los servicios privados: Aquellos que brindan atención a cualquier ciudadano que cuente con capacidad de pago, independientemente de su derechohabencia a otra institución, atendiendo alrededor del 10% de la población. ⁽⁴⁾

Población Mexicana

En 2020 en nuestro país se contaba con una total de 126 millones de habitantes, con 1.6 millones de nacimientos anuales y 1 millón de muertes anuales, siendo la esperanza de vida al nacer de 75.2 años. Toda la población a lo largo de su vida va a padecer diferentes problemas relacionados con la salud, siendo estos influenciados por la entidad federativa de nacimiento, antecedentes heredofamiliares, condiciones sanitarias del lugar en donde vive, entorno social, recursos económicos y el acceso a los servicios de salud. Es verdad que existen muchas variables que van a influir en la salud y desarrollo de nuestra población; sin embargo, los servicios de salud se han creado en respuesta a poder combatir y prevenir estas variables que pueden condicionar el correcto desarrollo. Toda la población mexicana se va a ver distribuida en 33 estados, los cuales a su vez se dividen en 2 469 municipios. ⁽⁵⁾ En la Ciudad de México se reportaron 9.2 millones de habitantes en 2020, repartidos en los 16 municipios correspondientes. La Alcaldía Coyoacán, ubicada en la Ciudad de México, presenta una dinámica demográfica y socioeconómica que merece especial atención para comprender su estructura y contexto. ⁽²⁾

Población Total

La Alcaldía Coyoacán alberga una población de 614,447 habitantes, lo que la convierte en una de las áreas más densamente pobladas de la Ciudad de México. ⁽²⁾

Distribución por Edades

La demografía revela que el rango de edad predominante es de 25 a 29 años, seguido estrechamente por el grupo de 20 a 24 años. Estos datos sugieren una población joven y dinámica. ⁽²⁾

Distribución por Género

La distribución de género muestra que hay 325,337 mujeres y 289,110 hombres, lo que ofrece un panorama de equilibrio relativo entre ambos sexos. ⁽²⁾

Población Económicamente Activa (PEA)

La PEA de la alcaldía se sitúa en 432,544 habitantes, equivalente al 70.3% de la población total. Este indicador refleja la participación significativa de la comunidad en actividades económicas. ⁽²⁾

Características Territoriales

La extensión territorial de Coyoacán abarca 54.20 km², con una densidad poblacional notable de 11,446.7 habitantes por km². Estos datos subrayan la alta concentración de personas en un espacio relativamente reducido. ⁽²⁾

Desarrollo Económico y Social

Los índices de desarrollo económico y social, con valores de 0.49 y 0.9 respectivamente, proporcionan una perspectiva sobre el nivel general de bienestar en la alcaldía. ⁽²⁾

Infraestructura Educativa

La presencia de 731 escuelas y un promedio de escolaridad de 12.25 años reflejan el compromiso con la educación y la disponibilidad de recursos educativos en la comunidad. ⁽²⁾

Vocación Productiva

El sector 71, compuesto por actividades de esparcimiento cultural y deportivo, destaca como la vocación productiva principal de la alcaldía. Esta información puede tener implicaciones importantes para la identificación de oportunidades económicas y sociales. ⁽²⁾

Contribución al PIB Local

Con una participación del 3.74% en el Producto Interno Bruto (PIB) local, Coyoacán contribuye de manera significativa a la actividad económica de la Ciudad de México. ⁽²⁾

Vivienda

El total de viviendas particulares habitadas son 134,168, lo cual representa el 4.9% del total estatal, de éstas, habitan en promedio 3.2 personas en cada vivienda, y 0.8 en cada cuarto. ⁽⁶⁾

Disponibilidad de servicios

En la alcaldía, el 93.7% de las viviendas cuenta con agua entubada, el 99.8% cuentan con drenaje, sólo 80.3% de las viviendas cuentan con tinaco, mientras que el 62.8% poseen una cisterna. ⁽⁶⁾

Escolaridad

La escolaridad en Coyoacán en personas mayores de 15 años se encuentra de la siguiente manera: Sin escolaridad 1.2%, Básica 31.3%, Media superior 28.2%, Superior 39.1%. ⁽⁶⁾

Principales causas de muerte (Ciudad de México)

Se toma como referencia el informe final del INEGI 2021, ya que los resultados del 2022 aún se encuentran como resultados preliminares. Las tres principales causas de muerte al corte son consistentes tanto a nivel nacional como en la Ciudad de México, manteniendo el mismo orden: COVID-19, enfermedades del corazón, diabetes y tumores malignos. ⁽²⁾

En términos de grupos de edad, se observa que, en la Ciudad de México, en los rangos de 15 a 24 años y 25 a 34 años, las dos principales causas de muerte son agresiones y

accidentes. En el grupo de 15 a 24 años, para hombres, las tres principales causas son agresiones, accidentes y lesiones autoinfligidas, mientras que para mujeres son accidentes, tumores malignos (leucemia) y lesiones autoinfligidas. ⁽²⁾

En el grupo de 25 a 34 años, para hombres, las tres principales causas de muerte son agresiones, accidentes y enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana, mientras que para mujeres son tumores malignos, accidentes y agresiones. ⁽²⁾

En el grupo de 35 a 44 años, para hombres, las principales causas de mortalidad son enfermedad del hígado, enfermedades del corazón y agresiones, mientras que para mujeres son tumores malignos, enfermedades del corazón y diabetes. Resulta destacable que las principales causas de muerte se vuelven similares en estos tres grupos de edad, destacando la relevancia de los accidentes y las agresiones. A medida que avanza la edad, surgen como causas de muerte las enfermedades del hígado y del corazón en hombres, y la diabetes y los tumores malignos en mujeres. ⁽²⁾

Estos patrones coinciden con las tendencias a nivel nacional, donde, en el grupo de edad de 15 a 24 años, las principales causas de muerte son accidentes, agresiones y lesiones autoinfligidas en hombres, y accidentes, tumores malignos y agresiones en mujeres. ⁽²⁾

En el grupo de 25 a 34 años, en hombres, las agresiones, accidentes y enfermedades del corazón ocupan los primeros lugares, mientras que para mujeres son los tumores malignos y las agresiones. Para el grupo de 35 a 44 años, en hombres, se reportan accidentes, agresiones y enfermedades del hígado, mientras que en mujeres son los tumores malignos, la diabetes y las enfermedades del corazón. ⁽²⁾

principales causas de Mortalidad en Ciudad de México

IMAGEN 1. Cinco principales causas de muerte según entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y sexo, 2021.

No.	Hombres	Mujeres	General
1	COVID-19	COVID-19	COVID-19
2	Enfermedades cardiacas	Enfermedades cardiacas	Enfermedades cardiacas
3	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus
4	Tumores Malignos	Tumores Malignos	Tumores Malignos
5	Influenza y Neumonía	Influenza y Neumonía	Influenza y Neumonía

Elaboración propia (Fuente: Características de las defunciones registradas en México durante 2021 inegi.org.mx)

Principales causas de consulta (Ciudad de México)

Según la agenda estadística del gobierno de la Ciudad de México de 2021 las 10 principales causas de consulta externa y salud mental en la Secretaría de Salud de la ciudad de México son: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (20.69%), Trastornos mentales y del comportamiento (15.61%), Traumatismos y envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (12.80%), Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares (7.33%) y Covid-19 (3.99%). El resto de causas están incluidas en la imagen número 2. ⁽⁶⁾

Imagen 2. Principales causas de consulta externa, salud mental y odontología Secretaría de Salud de la CDMX 2021.

No.	Causa	Personas	%
1	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios de salud	65,824	20.69
	Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y atención de la salud	23,310	32.37
	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	16,930	25.72
2	Trastornos mentales y del comportamiento	49,666	15.61
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	14,266	28.72
	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	10,266	20.67
	Síndrome de dependencia al alcohol	7,566	15.23
3	Traumatismos y envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	40,715	12.80
	Fracturas	20,535	50.44
	Traumatismos internos e intracraneales y otros traumatismos	6,905	16.96
4	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	23,308	7.33
	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	12,820	55.00

5	Covid-19	12,692	3.99
	Covid-19 virus no identificado	8,059	63.50
	Covid-19 virus identificado	4,330	34.12
	Condiciones posteriores al Covid-19	293	2.31
6	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	12,547	3.94
	Gastritis y duodenitis	2,916	23.24
	Colelitiasis y colecistitis	1,898	15.13
	Hernia inguinal	1,521	12.12
	Síndrome de colon irritable y otros trastornos funcionales del intestino	1,399	11.15
7	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	10,477	3.29
	Otras dorsopatías	3,768	35.96
	Trastornos de los tejidos blandos	1,737	16.58
	Artrosis	1,572	15.00
8	Infecciones y otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	10,030	3.15
	Faringitis aguda	4,464	44.51
9	Enfermedades endócrinas y metabólicas	9,333	2.93
	Diabetes mellitus	6,505	69.70
10	Enfermedades del sistema nervioso	7,073	2.22

Elaboración propia (Fuente: Agenda estadística 2021 cuadro 6.2 <https://salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Agenda%202021.pdf>)

Respecto a la Ciudad de México, teniendo como principales motivos de consulta los ya mencionados en la tabla anteriormente expuesta; sin embargo, es importante recalcar que también se incluyen en las estadísticas consultas que no reflejan algún tipo de morbilidad presente, como lo son: certificados médicos, consultas de niño sano, exámenes para admisión a una institución educativa, entre otros. Debido a este motivo es que algunos grupos de enfermedades puede que estadísticamente hablando no entren en las principales causas de consulta en la alcaldía. ⁽⁷⁾

TABLA 1. Diagnósticos más frecuentes registrados en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán 2022

Grupo Diagnóstico NOM-017	Femenino	Masculino	Total
COVID-19	17656	12877	30533
Enfermedades infecciosas del aparato respiratorio	6955	4822	11777
Caries dental	7181	3628	10809
Enfermedades no transmisibles	2798	1611	4409
Enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo	1037	749	1786
Enfermedades bajo vigilancia sindromática	1383	400	1738
Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	911	426	1,337
Nutrición	463	196	659
Enfermedades neurológicas y de salud mental	439	160	599
Dorsalgia	393	197	590

Fuente: Sistema Único Automatizado Para La Vigilancia Epidemiológica 2022 https://www.sinave.gob.mx/SUAVE/inicio_sesion.asp

TABLA 2. Principales motivos de consulta externa 2022, Jurisdicción Sanitaria Coyoacán por grupo diagnóstico

Diagnóstico	Femenino	Masculino	Total
COVID-19	17, 656	12, 877	30,533
Certificado médico	7,595	5,726	13,321
Infecciones respiratorias agudas	4,822	6,955	11,777
Sano preocupado	5,580	2,090	7,670
Control del niño sano	1,601	1,538	3,139
Caries dental	1,566	902	2,468
Examen para admisión a institución educativa	1,018	1,024	2,042
Cistitis, uretritis y síndrome uretral e infección de vías urinarias de sitio no especificado	1,383	400	1,783
Examen para fines administrativos	851	826	1,677
Infección intestinal por otros organismos y las mal definidas	7,66	605	1,371
Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	911	426	1,337

Fuente: Sistema Único Automatizado Para La Vigilancia Epidemiológica 2022 https://www.sinave.gob.mx/SUAVE/inicio_sesion.asp

Principales causas de consulta en el CST III. Dr. Salvador Allende en 2022

Hablando sobre nuestro centro de salud, como se pudo ver en la tabla general de la Ciudad de México y en las de Coyoacán, se ha visto que una de las principales causas de consulta ha presentado notables cambios en los últimos 4 años con el inicio de la pandemia teniendo

como una de las principales causas de morbilidad registradas en nuestra zona, manteniéndose como la principal causa de morbilidad registrada desde el año 2019, conservando su posición hasta el 2022 que son los últimos datos estadísticos disponibles por el momento. ⁽⁷⁾

TABLA 3. Morbilidad 2022 CST III Dr. Salvador Allende C.C.E 2020 a 2022

Diagnostico	< de 1 año	1 - 4 años	5 - 9 años	10 - 14 años	15 - 19 años	20 - 24 años	25 - 44 años	45 - 49 años	50 - 59 años	60 - 64 años	65 y > años	TOTAL
COVID-19	8	55	226	343	400	643	2577	672	1159	308	389	6780
Obesidad	0	0	9	6	7	10	71	29	43	11	14	200
Infecciones respiratorias agudas	7	29	20	12	6	8	14	4	16	8	7	131
Infecciones de vías urinarias	0	0	1	2	6	7	31	11	31	8	20	117
Diabetes mellitus no insulino dependiente tipo II	0	0	0	0	0	0	14	11	36	15	30	106
Gingivitis y enteritis periodontal	0	1	4	4	9	6	28	9	15	5	10	91
Hipertensión arterial	0	0	0	0	2	1	9	14	22	9	27	84
Depresión	0	0	2	9	8	1	11	6	8	6	7	58
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	3	15	3	2	2	1	6	0	2	3	1	38
Dislipidemias	0	0	0	0	1	1	3	3	11	2	5	26
Trastornos hiperquinéticos	0	0	13	8	1	1	0	0	1	0	0	24
Desnutrición leve	0	1	5	4	2	4	5	8	1	0	0	22
Úlceras, gastritis, duodenitis	0	0	0	1	0	1	7	0	5	1	5	20
Diabetes mellitus en el embarazo	0	0	0	0	1	3	8	0	0	0	0	12
Displasia cervical leve y moderada	0	0	0	0	1	1	4	1	1	1	1	10

Fuente: Sistema Único Automatizado Para La Vigilancia Epidemiológica 2022 https://www.sinave.gob.mx/SUAVE/inicio_sesion.asp

Conceptos de Relevancia

- Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. ⁽¹⁾

- Bienestar: Se refiere al buen funcionamiento tanto físico, mental y social, el cual por consiguiente proporciona buenos recursos, lo que les permitirá a las personas vivir de manera más holgada. ⁽¹⁾
- Enfermedad: "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible". La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. ⁽¹⁾
- Afección: Trastorno, secuela o lesión que queda como remanente tras la curación de una enfermedad o traumatismo. ⁽¹⁾
- Dolencia: Es aquella indisposición, molestia o malestar que se presenta durante la enfermedad. ⁽¹⁾

CAPÍTULO 3

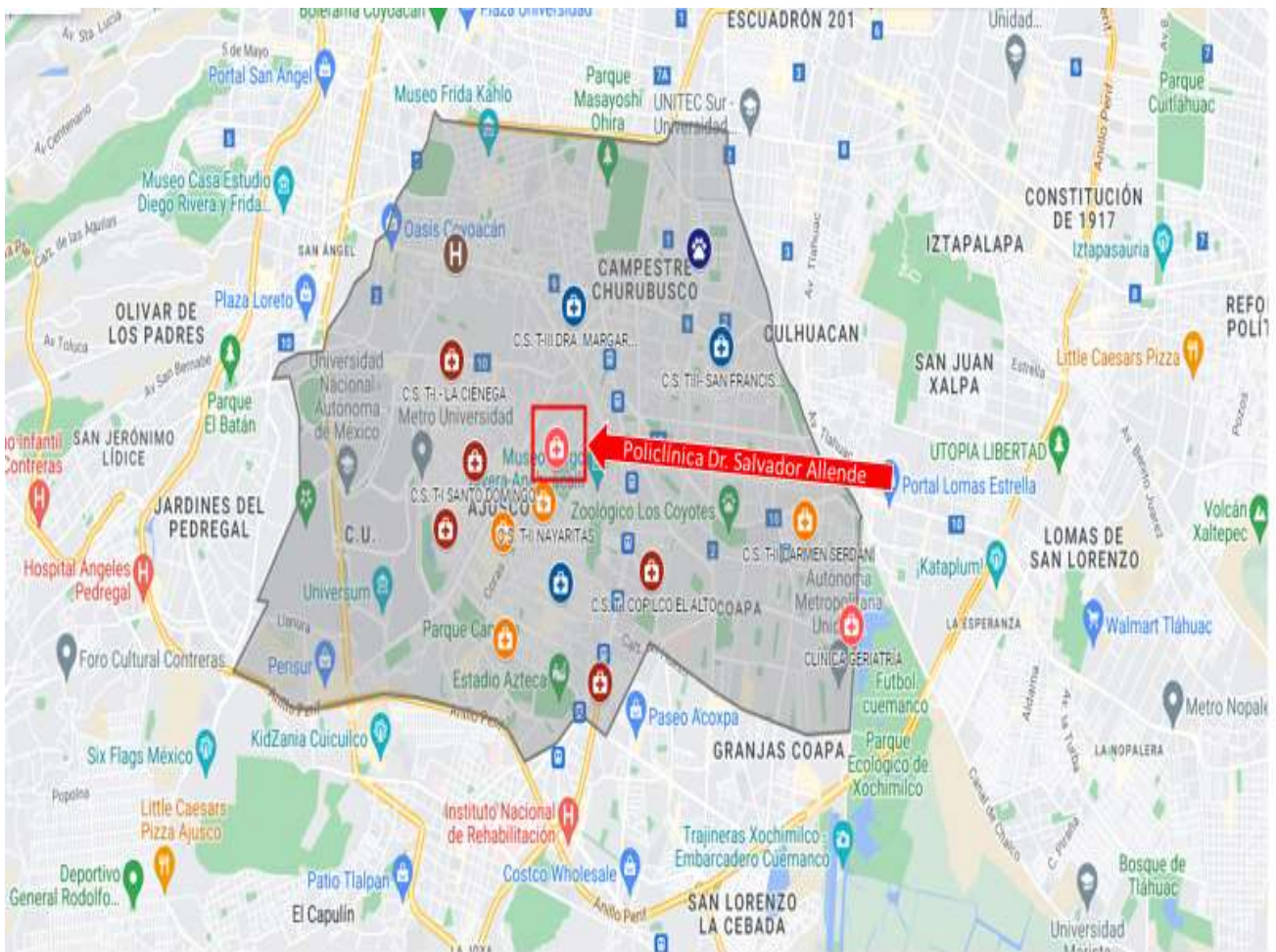
Descripción Del Centro De Salud, Infraestructura, Recursos Físicos Y Humanos.

4. DATOS DE LA UNIDAD DE SALUD

4.1. Dirección y Ubicación

La Policlínica o Centro de Salud T-III Dr. Salvador Allende Con Clínica de Especialidades, pertenece a la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán. Se encuentra ubicada en 1ra cerrada de Nahuatlacas, esquina Coras S/N, Colonia Ampliación Candelaria, Delegación Coyoacán, Código Postal 04380, está ubicada en una zona de alta marginalidad y es unidad de referencia para toda la población que habita en la alcaldía Coyoacán. ⁽⁹⁾

Imagen 3. Mapa de la localización del CST III Dr. Salvador Allende



(Fuente: https://saludcoyoacan.com/index.html#Mapa_)

4.2. Servicios

Aunque el CST III. Dr. Salvador Allende fue creado idealmente para brindar atención en 37 consultorios con los servicios de atención psicológica, atención geriátrica, lactario, entre otros, actualmente se encuentran activos los mercados en la siguiente tabla.

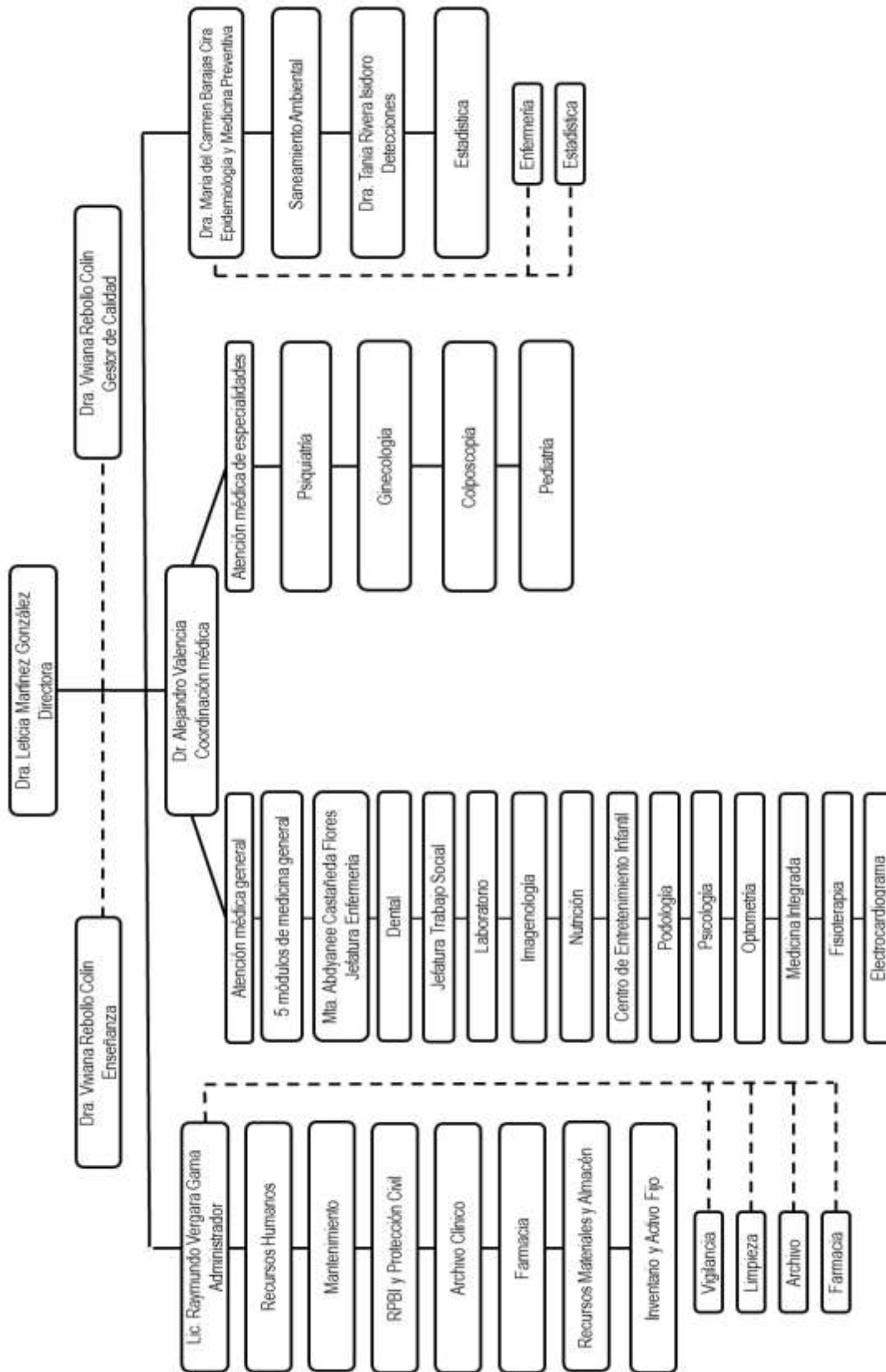
Tabla 4. *Servicios que se encuentran en funcionamiento en el Centro de Salud*

No.	Servicio	En función	No.	Servicio	En función
1	Medicina integrada	×	17	Psicología	✓
2	Electrocardiógrafo	✓	18	Inmunizaciones	✓
3	Pediatría	✓	19	Epidemiología	✓
4	Podología	×	20	Odontología	✓
5	Optometría	×	21	Curaciones	✓
6	Nutrición	×	22	Trabajo social	✓
7	Lactario	×	23	Ultrasonido	×
8	Densitometría	×	24	Grupo de ayuda mutua	✓
9	Mastografía	✓	25	Planificación familiar	✓
10	Ginecología	✓	26	Archivo	✓
11	Colposcopia	✓	27	Centro de entretenimiento infantil	✓
12	Consulta médica	✓	28	Enfermería	✓
13	Farmacia	✓	29	Fisioterapia	×
14	Laboratorio clínico	✓	30	Oftalmología	×
15	Rayos X	✓	31	Servicios Amigables	✓
16	Psiquiatría	✓			

Fuente: creación propia.

4.3. Organigrama del centro de salud

Figura 1. Organigrama del CST III Dr. Salvador Allende con Clínica de Especialidades



Elaboración propia

4.4. *Misión, Visión y Valores del CST III. Dr. Salvador Allende*

Misión: Abordar las necesidades de salud, basadas en la promoción, prevención, eliminación de riesgo, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y la restauración del daño, tanto en lo individual como en lo familiar y comunitario. Para prestar los servicios de manera eficaz, eficiente e integralmente, otorgando servicios gratuitos a la población no asegurada, estrategia que remueve el obstáculo de acceso a la atención médica oportuna y adecuada.⁽⁹⁾

Visión: La construcción de un Sistema de Salud: Universal, Equitativo, Preventivo, Eficiente, Eficaz, oportuno en el que los servicios de Salud Pública del Distrito Federal se consoliden como la iniciativa rectora y articuladora de los programas y acciones que en materia de Salud se implantan a favor de los capitalinos.⁽⁹⁾

Valores: Responsabilidad, Respeto, Solidaridad, Lealtad, Honestidad, Justicia, Tolerancia, Compromiso, Vocación por el servicio.⁽⁹⁾

5. **METODOLOGÍA**

5.1. *Tipo de estudio*

El estudio que se realizó fue de tipo descriptivo, buscando establecer las características demográficas, familiares y de salud de la población que acude al CST III Dr. Salvador Allende.

5.2. *Recolección de datos*

Los datos fueron recolectados de manera aleatoria en el mes de abril 2023 a usuarios del CST III Dr. Salvador Allende a través de una cédula (Anexo 1) que consta de ocho grandes áreas las cuales cubren: datos demográficos, once rubros sobre datos de salud, tres rubros sobre dinámica familiar y por último dos preguntas sobre trato recibido dentro del centro de salud. En total se realizaron 80 cédulas.

5.3. Recursos utilizados

5.3.1. *Recursos humanos*

El informe fue validado por la coordinadora de enseñanza y calidad, la Dra. Viviana Rebollo Colín.

El informe final, así como las cédulas fueron realizadas por los Médicos Pasantes del Servicio Social de la promoción febrero 2023 - enero 2024 Enrique Amezcua Avilés, Constanza Barbero Garralda, Alejandro Demetrio Osorio Flores y Leticia Pérez Tovar.

5.3.2. Recursos materiales

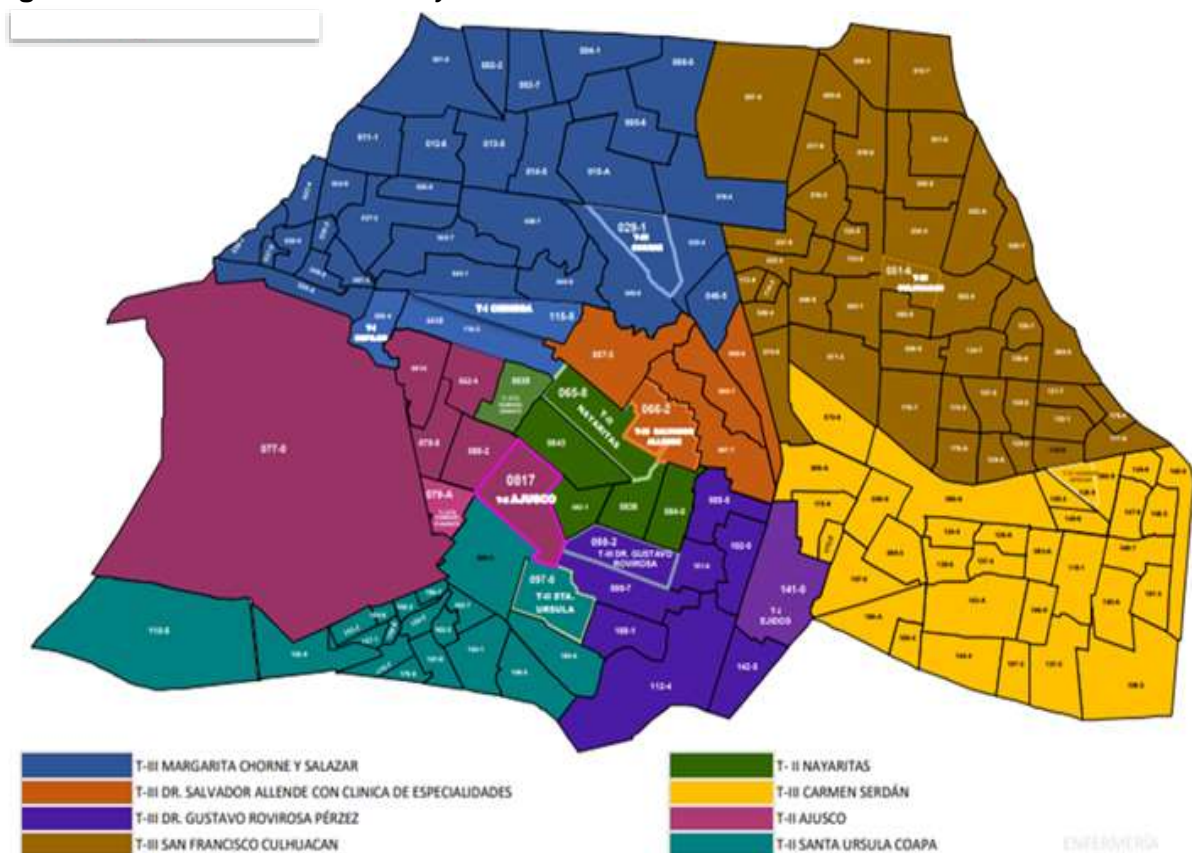
Para recabar los datos utilizados en este estudio se utilizaron los siguientes: ochenta cédulas impresas en hojas tamaño oficio, cuatro tablas con clip, tres lápices y una pluma.

6. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ÁREA DE ESTUDIO

6.1. Ubicación y mapa del área

El CST III Dr. Salvador Allende está ubicado en la alcaldía Coyoacán de la Ciudad de México, formando parte de una de las 16 demarcaciones territoriales o alcaldías que lo conforman, ubicada en el centro geográfico de esta, en las coordenadas 19°21'00"N 99°09'44"O. ⁽⁹⁾

Imagen 4: Jurisdicción Sanitaria Coyoacán



(Fuente: <https://saludcoyoacan.com/>)

El INEGI para describir de forma detallada las zonas específicas dentro de las ciudades ha utilizado una unidad llamada AGEB (Área geoadministrativa básica urbana) la cual se define como la extensión territorial ocupada por un conjunto de manzanas o cuadras. Están delimitadas perfectamente por calles, avenidas, andadores o cualquier otro rasgo de fácil identificación en el terreno. ⁽¹⁰⁾

La zona de influencia del centro de salud está integrada por cinco AGEB las cuales están conformados por varias colonias o pueblos.

AGEB 0573

Pueblo de los Reyes
Pueblo de la Candelaria
Colonia Ampliación Candelaria
Pedregal de Santo Domingo

AGEB 0662

Colonia Ampliación Candelaria
Colonia Nueva Díaz Ordaz
Colonia Huayamilpas
Colonia Adolfo Ruíz Cortines

AGEB 0677

Pueblo de la Candelaria
Colonia Nueva Díaz Ordaz
Pueblo de San Pablo Tepetlapa

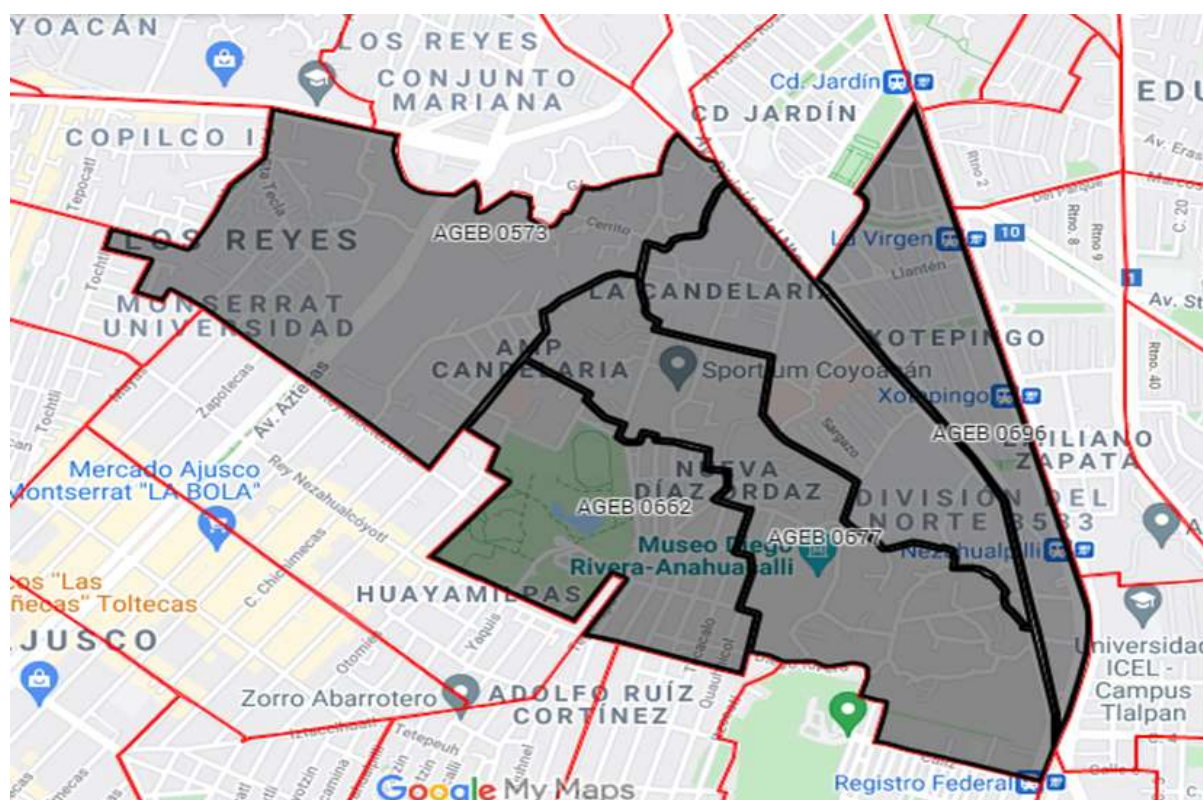
AGEB 0696

Colonia Xotepingo
Col. Ciudad Jardín
Pueblo de San Pablo Tepetlapa

AGEB 0681

Pueblo de la Candelaria
Colonia El Rosario
Pueblo de San Pablo Tepetlapa

Imagen 5: Mapa de los AGEB que corresponden al CST III Dr. Salvador Allende



(Fuente: https://saludcoyoacan.com/index.html#Mapa_

6.2. Datos geográficos de la Alcaldía Coyoacán.

Con respecto a sus límites territoriales tenemos que colinda al norte con la alcaldía Benito Juárez; al sur, con la alcaldía Tlalpan; al sureste, con Xochimilco; al este con la alcaldía Iztapalapa; y al oeste con la alcaldía Álvaro Obregón. ⁽⁹⁾

Esta alcaldía es una de las que más refleja la riqueza de su historia, al ser un territorio que ha estado poblado desde tiempos precolombinos. En la actualidad conserva parte del pasado en su arquitectura y sus tradiciones; prueba de ello es que hoy en día y a pesar del crecimiento demográfico y su urbanización, aún se conservan barrios y pueblos tradicionales como: El pueblo Los Reyes, La Candelaria, Santa Úrsula Coapa, San Pablo Tepetlapa, San Francisco Culhuacán, Barrio Santa Catarina, Barrio de la Concepción, Barrio de San Lucas, Barrio de San Mateo y Barrio de San Diego. ⁽⁹⁾

De igual forma, podemos encontrar importantes zonas verdes como: La Reserva Ecológica del Pedregal de San Ángel, los viveros de Coyoacán, y la Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). ⁽⁹⁾

6.2.1. Topografía

El territorio que corresponde a la alcaldía Coyoacán es plano en la mayoría de su territorio, y se encuentra a una altitud promedio de 2240 metros sobre el nivel del mar. Sin embargo, podemos encontrar pequeñas variaciones en San Francisco Culhuacán, la Ciudad Universitaria y Santa Úrsula Coapa, con altitudes menores, de hasta 2250 metros sobre el nivel del mar. A su vez podemos encontrarnos con irregularidades superficiales como en el sudoeste de la alcaldía corresponde a Los Pedregales, cuyas irregularidades son resultado de las erupciones del volcán Xitle. También en el oeste de la alcaldía podemos encontrar la única eminencia orográfica dentro de Coyoacán, siendo este el cerro Zacatépetl, con una altura de 2420 metros sobre el nivel del mar; encontrándose 180 metros sobre el nivel del valle de México. ⁽¹¹⁾

6.2.2. Hidrografía

Coyoacán forma parte de la subcuenca Texcoco-Zumpango de la cuenca del Río Moctezuma, la cual pertenece a la región hidrológica del Río Pánuco. En el este de la alcaldía estaba ocupado por el lago de Xochimilco, hasta que fue desecado mediante la apertura de la cuenca de México. En 1607 se abrieron los canales que permitieron desaguar el Anáhuac a través del Río Tula (Río tributario del Moctezuma). Únicamente queda el Canal Nacional

de la antigua zona lacustre, el cual sirve como límite natural con la alcaldía Iztapalapa. En el oeste se encontraban pequeños ríos que se desembocaban en el lago de Texcoco, siendo estos el Río Churubusco y Río Magdalena, los cuales actualmente han sido entubados y desaguan en la zona federal del lago de Texcoco. ⁽¹²⁾

6.2.3. Clima

En la alcaldía Coyoacán la temporada de lluvias es generalmente nublada y en la temporada seca es parcialmente nublada. Durante todo el año la temperatura generalmente varía desde 6°C a 26°C y rara vez baja a menos de 2°C o sube a más de 30°C. La temporada templada dura aproximadamente 2.5 meses (marzo-junio), teniendo la temperatura máxima diaria en promedio de 25°C, siendo el mes más cálido en mayo, con temperaturas máximas de 26°C y mínimas de 13°C; la temporada fresca dura aproximadamente 2.4 meses (noviembre-febrero), teniendo la temperatura máxima diaria en promedio de 22°C, siendo el mes más frío en enero, con temperatura mínimas de 6°C y máximas de 21°C. El cielo cubierto por nubes varía extremadamente en el transcurso del año, siendo más despejado aproximadamente 7 meses (octubre-mayo), siendo el mes más despejado Febrero; y la parte más nublada del año dura aproximadamente 5 meses (mayo-octubre), siendo el mes más nublado septiembre. ⁽¹³⁾

6.2.4. Superficie Territorial

Cuenta con un territorio que abarca 54.4 kilómetros cuadrados que corresponden al 3.6 % del territorio de la capital del país. Encontrándose en la subprovincia de lagos y volcanes del Anáhuac de la provincia fisiográfica del Eje Neovolcánico. Esta zona se caracteriza por la presencia de altas cadenas volcánicas. El 47% de la superficie corresponde a meseta basáltica o malpaís de Los Pedregales, ubicados al oeste de Villa Coyoacán y Santa Úrsula Coapa. EL 39% corresponde a llanura lacustre, descubierta por la desecación del lago de Xochimilco, que ocupa el tercio correspondiente a la región del este del actual término de la alcaldía. El resto del territorio (14%), corresponde al aluvión de los lagos de Anáhuac. ⁽¹²⁾

6.2.5. Altura

La altitud correspondiente a la alcaldía de Coyoacán no presenta muchas variaciones, según los datos arrojados de los mapas topográficos podemos encontrar que cuenta con una altitud media de 2278 metros sobre el nivel del mar. De igual manera la región con la altura mínima presenta 2232 metros sobre el nivel del mar; y la altura máxima que presenta es de 2556

metros sobre el nivel del mar; teniendo en general una distribución muy plana en general sin muchas variaciones aparente. ⁽¹¹⁾

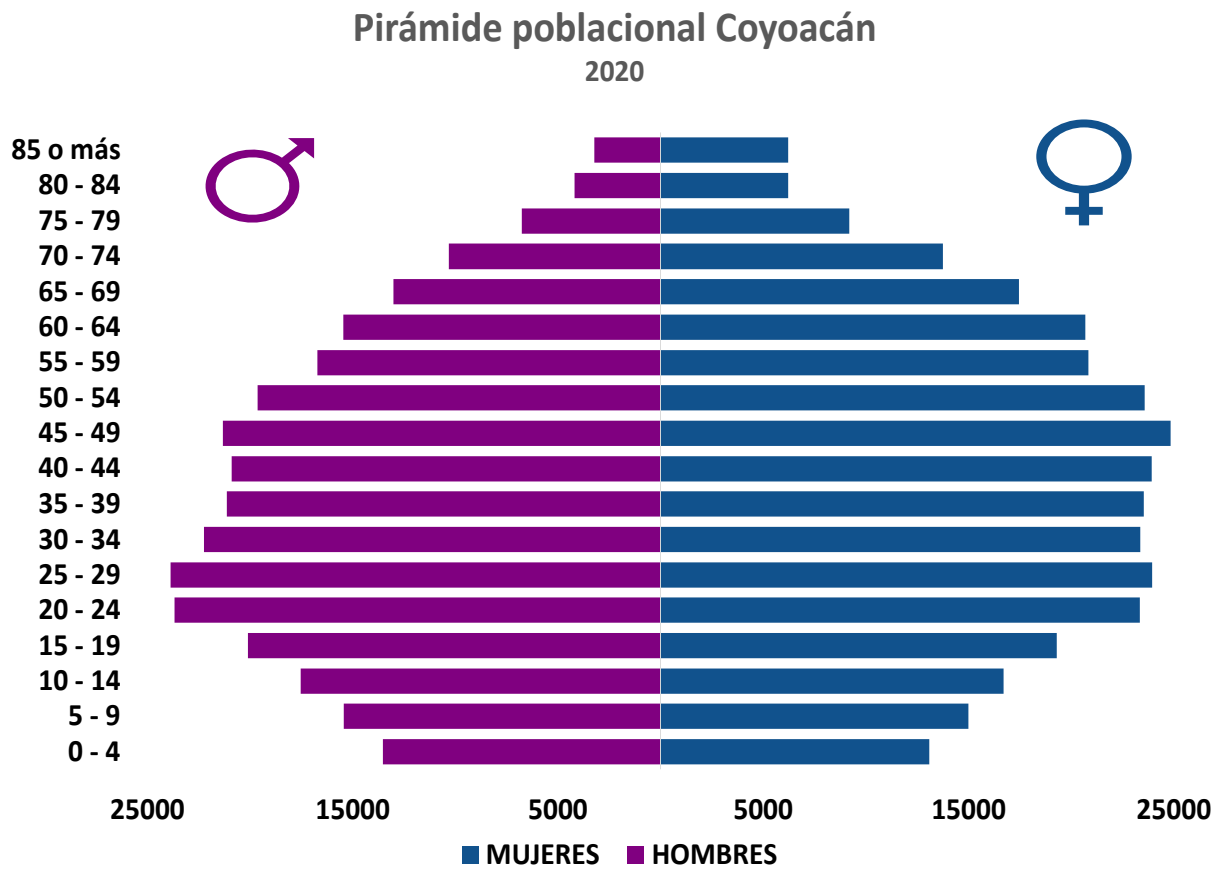
6.3. Datos sociodemográficos de la Alcaldía Coyoacán

El último censo de población y vivienda realizado por el INEGI corresponde al 2020, en donde se reporta que en Coyoacán habitan 614 447 personas, lo que equivale al 6.67 % de la población total de la Ciudad de México. ⁽¹³⁾

El 47.05 % de estos habitantes son hombres (289,110); y 52.95 % mujeres (325,337). El 64.53 % (396,400) de sus habitantes tienen entre 15 y 60 años, y 20.61 % (108, 951) se encuentran en edades de 60 años, y más; teniendo como rangos de mayor población las edades entre 25 a 29 años (47,839 habitantes), 20 a 24 años (47,036 habitantes) y 45 a 49 años (46,180 habitantes). ⁽¹³⁾ Un total de 7,728 personas se identificaron como indígenas, lo que representa un 1.29 % de la población total. Se identifica como población indígena a todas aquellas personas en donde la jefa o jefe, su cónyuge o alguno de los ascendientes de éstos, declararon hablar alguna lengua indígena. ⁽¹⁴⁾ Del total de población, el 35.54 % (160,961 habitantes), corresponde a personas que no cuentan con seguridad social y son, por lo tanto, sujetos de atención por los servicios de salud pública de la Ciudad de México; este sector está compuesto por un 53 % de mujeres y 47 % de hombres. Las personas que declararon ser beneficiarias del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) o bien del extinto Seguro Popular, suman 452,443, siendo también responsabilidad de la jurisdicción sanitaria Coyoacán. ⁽¹⁴⁾

6.4. Pirámide poblacional de Coyoacán

Imagen 6. Pirámide poblacional de Coyoacán



Elaboración propia (Fuente: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/coyoacan?redirect=true#population-and-housing>)

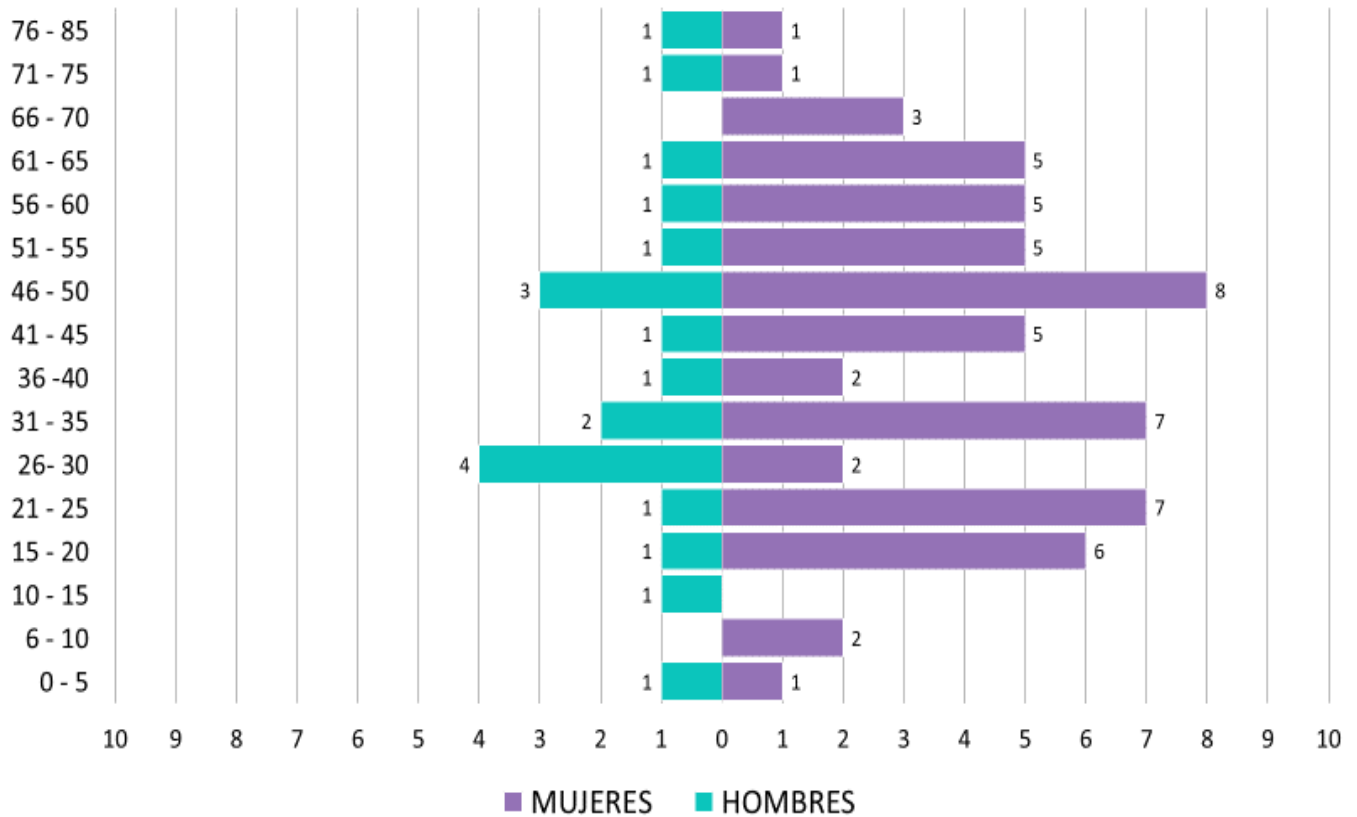
7. RESULTADOS

En esta sección se demostrarán los datos recabados a través de la cédula realizada a la población del CST III. Dr. Salvador Allende, estos incluyen datos demográficos, de salud, de vivienda, referentes a la dinámica familiar y por último datos sobre trato que han recibido dentro del Centro de Salud.

7.1. Datos demográficos de la población estudiada para el diagnóstico de salud

7.1.1. Edad y género

Gráfica 1. Pirámide poblacional



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 1 y en la tabla número 5 se encuentra representada la pirámide poblacional de la población encuestada, tenemos que en el grupo de 0 a 5 años hay un hombre y una mujer los cuales representan al 2.5%, en el grupo de 5 a 10 tenemos dos mujeres que representan al 2.5%, en el grupo de 10 a 15 está un hombre que representa al 1.25%, en el grupo de 15 a 20 tenemos a 1 hombre y 6 mujeres que en conjunto representan al 7.75%, en el grupo de 21 a 25 tenemos 1 varón y 7 mujeres siendo este grupo el 10%, el grupo de edad de 26 a 30 está conformado por 4 hombres y 2 mujeres quienes representan al 7.5%, el siguiente grupo es el de 31 a 35 y está conformado por 2 hombres y 7 mujeres que en conjunto son el 11.25%, el grupo de 36 a 40 está formado por 1 hombre y 2 mujeres quienes representan al 3.75%, el siguiente grupo es el de 41 a 45 y está conformado por 5 mujeres y 1 hombre quienes representan al 7.5%, el grupo de 46 a 50 está conformado por 3 hombres y 8 mujeres quienes representan al 13.75%, el grupo de 51 a 55 el de 56 a 60 y el de 61 a 65 están compuesto por 5 mujeres y 1 hombre, representando cada uno de estos

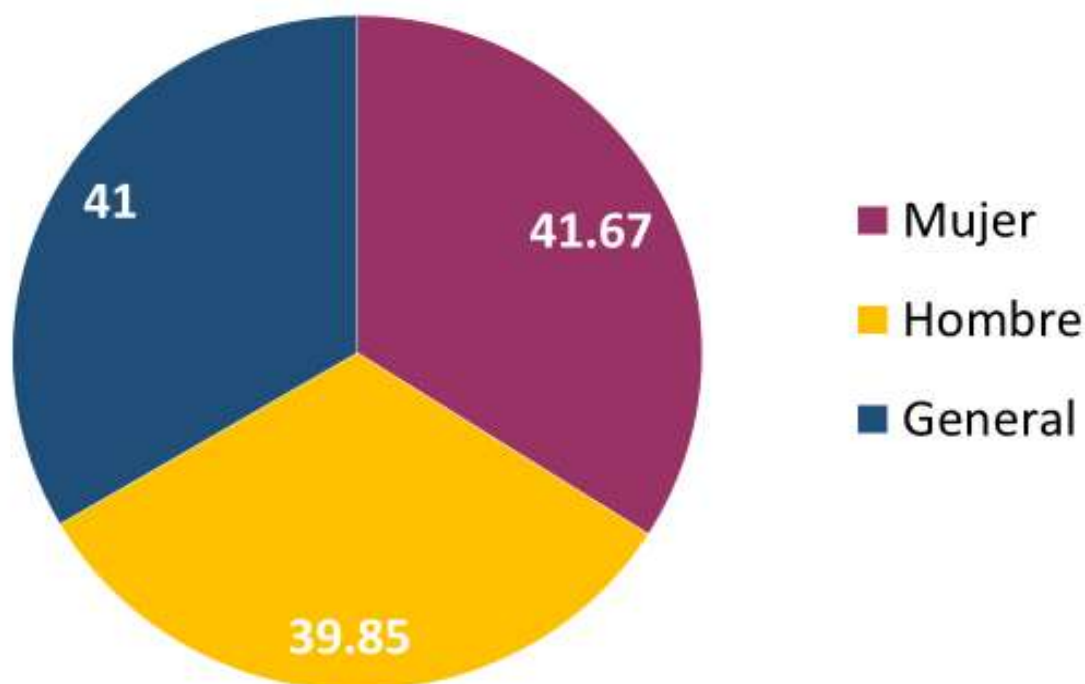
al 7.5%, el grupo de 66 a 70 está compuesto por 3 mujeres quienes son el 3.75%, el grupo de 71 a 75 está compuesto por 1 hombre y 1 mujer quienes son el 2.5% y por último está el grupo de 76 a 85 años que está conformado por 1 hombre y una mujer que representan al 2.5% del total de la población encuestada.

Tabla 5. Pirámide poblacional

Edad	Hombres	Mujeres	Total	%
0 a 5	1	1	2	2.5
5 a 10	0	2	2	2.5
10 a 15	1	0	1	1.25
15 a 20	1	6	7	8.75
21 a 25	1	7	8	10
26 a 30	4	2	6	7.5
31 a 35	2	7	9	11.25
36 a 40	1	2	3	3.75
41 a 45	1	5	6	7.5
46 a 50	3	8	11	13.75
51 a 55	1	5	6	7.5
56 a 60	1	5	6	7.5
61 a 65	1	5	6	7.5
66 a 70	0	3	3	3.75
71 a 75	1	1	2	2.5
76 a 85	1	1	2	2.5

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Gráfica 2. Promedio de edad de la población encuestada



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

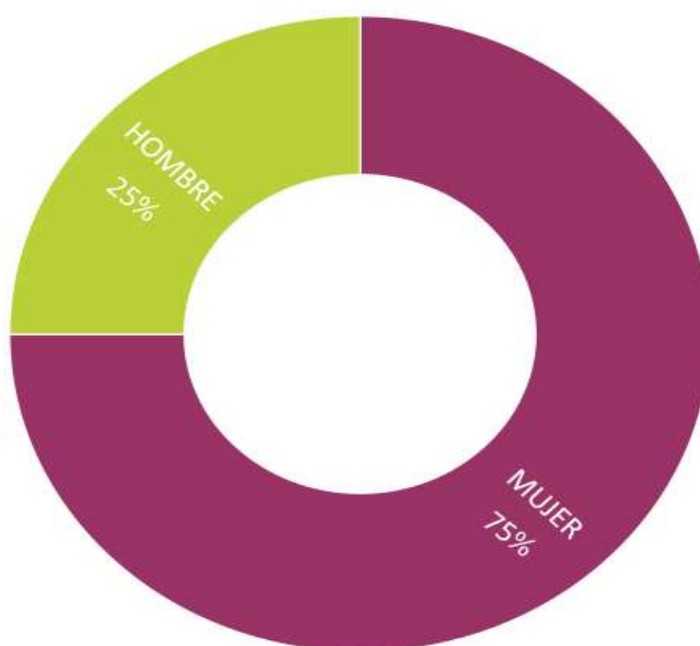
Tabla 6. Promedio de edad de la población encuestada

Género	Promedio
Mujer	41.67
Hombre	39.85
Total	41

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 2 y en la tabla número 6 podemos ver el promedio de edad de los participantes de este estudio, siendo el promedio de edad general de 41 años, las mujeres tuvieron una edad promedio de 41.67 y los hombres una edad promedio de 39.85 años.

Gráfica 3. Genero de la población encuestada



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

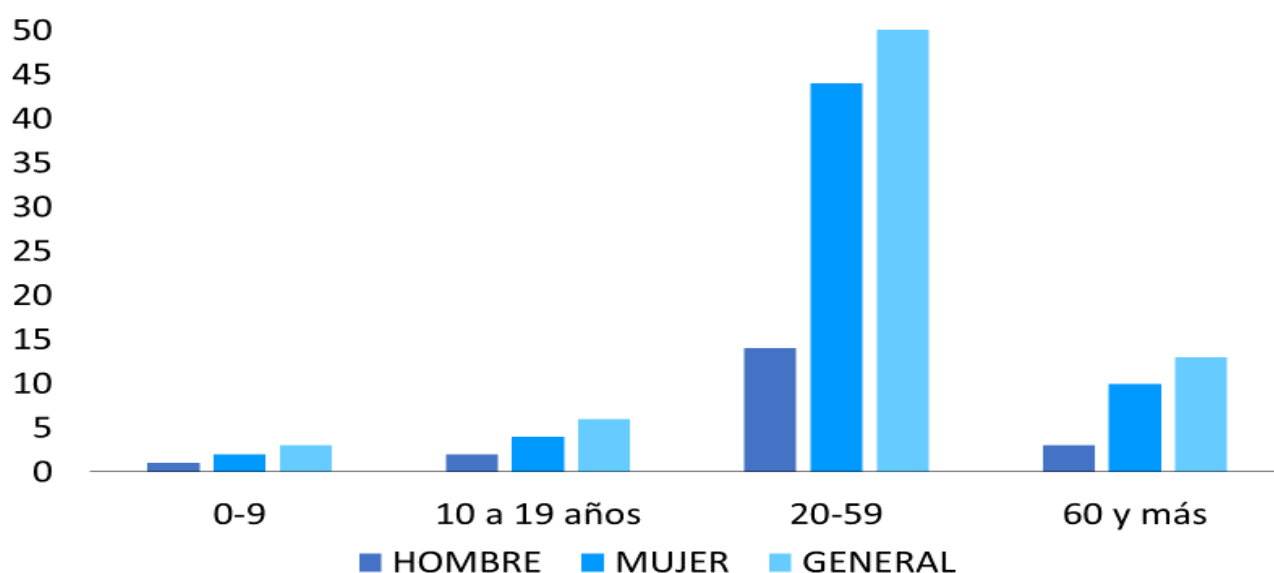
Tabla 7. Género, cantidad y porcentaje total de encuestados

Género	Cantidad	%
Mujer	60	75
Hombre	20	25
Total	80	100

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En el gráfico número 3 y la tabla número 7 se representa el total de personas encuestadas para este diagnóstico de salud las cuales fueron 80, siendo 60 mujeres las cuales representan un 75% del total de la muestra y 20 hombres siendo estos el 25% del total de encuestados.

Gráfica 4. Grupo etario



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 4 y en la tabla número 8, se observa la división por grupo etario de la población general, así como la división por mujeres y hombres, en este caso el grupo etario de 0 a 9 años está compuesto por 3 personas (2 mujeres y 1 hombre) y representa al 3.75% de la población total, el de 10 a 19 años por 6 personas (2 hombres y 4 mujeres) siendo el 7.5% del total, el grupo de 20 a 59 años es el más numeroso y está compuesto por 58 personas (14 hombres y 44 mujeres) siendo el 72.5% del total y por último el grupo etario de 60 y más conforma el 16.25% con un total de 13 personas (3 hombres y 10 mujeres).

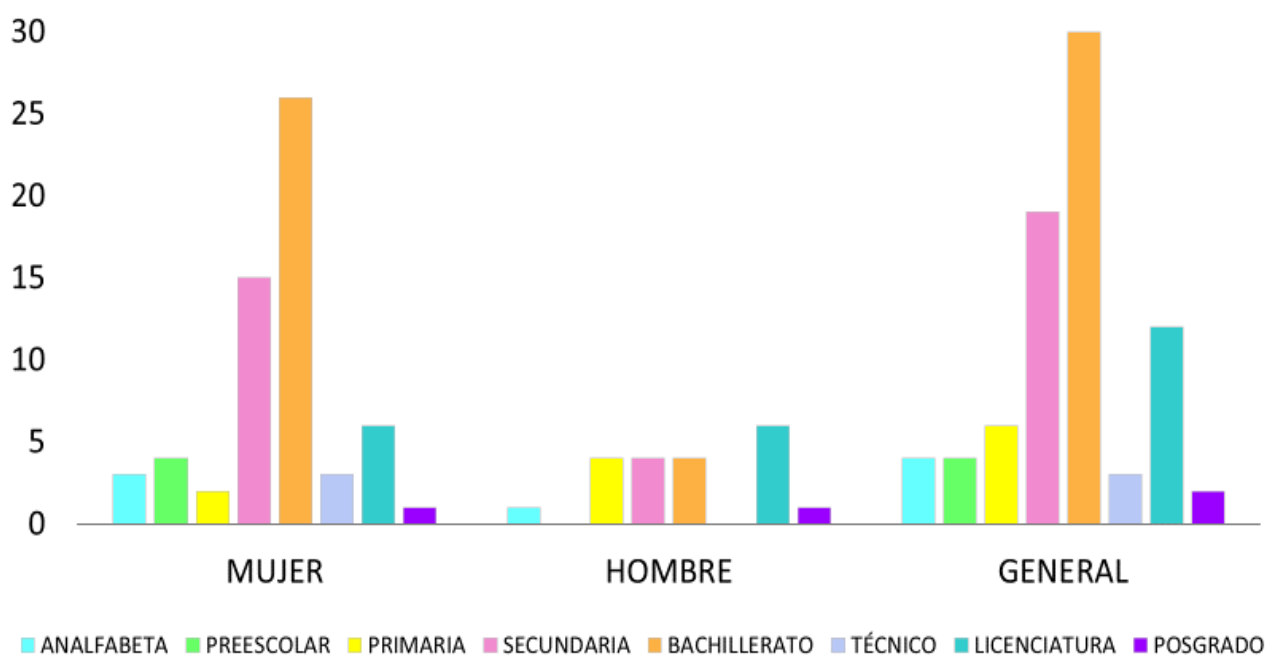
Tabla 8. Grupo etario por género y general.

Grupo etario	Hombre	Mujer	General	%
0-9 años	1	2	3	3.75
10 a 19 años	2	4	6	7.5
20-59 años	14	44	58	72.5
60 años y más	3	10	13	16.25

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

7.1.2. Escolaridad

Gráfica 5. Último grado de estudios concluido



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 5 y en la tabla número 9 podemos ver representada la escolaridad dividida por género y en la población general, siendo bachillerato el grado académico que mayor población tuvo, teniendo 30 personas en total (26 mujeres y 4 hombres) siendo este el 37.5% de la población, seguido por secundaria con un total de 19 personas (15 mujeres y 4 hombres) representando el 23.75%, en tercer lugar se encuentra la licenciatura con un total de 12 personas (6 hombres y 6 mujeres) que representan al 15%, en cuarto lugar está el nivel primaria con un total de 6 personas (2 mujeres y 4 hombres) siendo este grado escolar el 7.5%, después se encuentra el nivel preescolar y las personas analfabetas con la misma cantidad de personas totales siendo estas 4 que representan el 5% total de la población respectivamente; sin embargo, preescolar tiene 4 mujeres y 0 hombres mientras que personas analfabetas son 3 mujeres y 1 hombre, seguido de estos tenemos al grado técnico que tiene un total de 3 personas siendo todas ellas mujeres quienes representan al 3.75% del total encuestado y por último tenemos al posgrado que cuenta con 2 personas siendo estas una mujer y un hombre que representan el 2.5% del total encuestado.

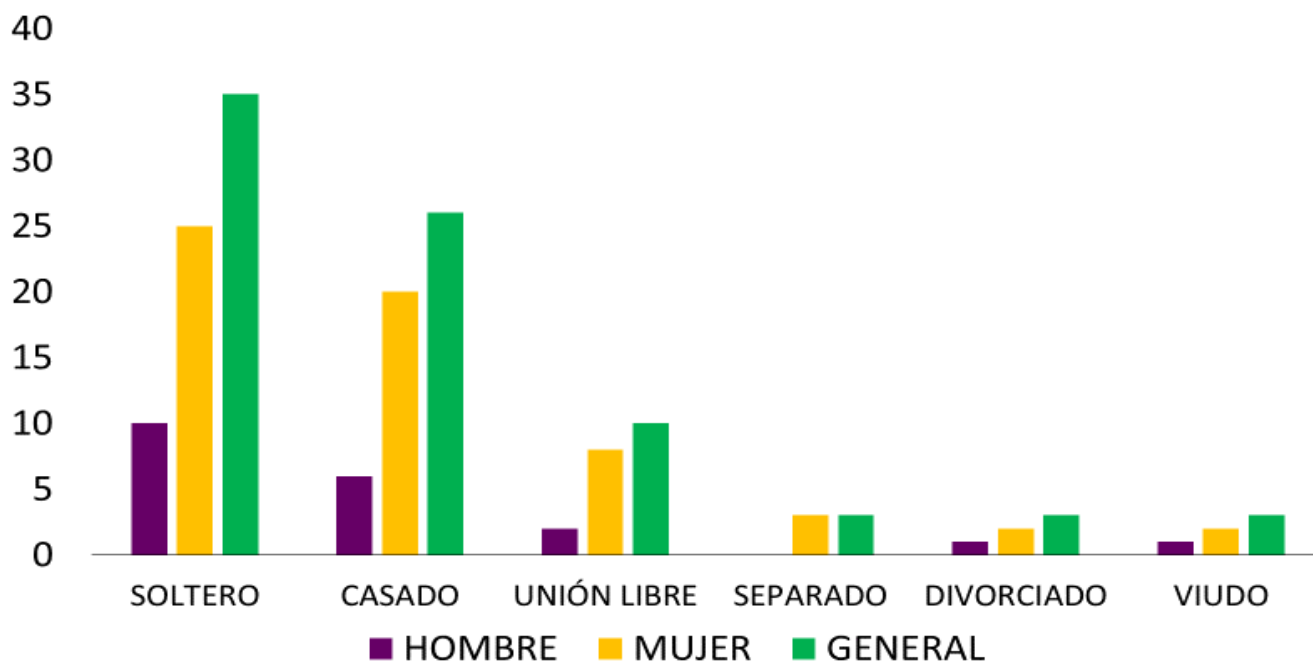
Tabla 9. Escolaridad general y por género

Escolaridad	Mujer	Hombre	General	%
Analfabeta	3	1	4	5
Preescolar	4	0	4	5
Primaria	2	4	6	7.5
Secundaria	15	4	19	23.75
Bachillerato	26	4	30	37.5
Técnico	3	0	3	3.75
Licenciatura	6	6	12	15
Posgrado	1	1	2	2.5

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

7.1.3. Estado Civil

Gráfica 6. ¿Cuál es su estado civil?



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 10. Estado civil general y por género

Estado civil	Hombre	Mujer	General	%
Soltero	10	25	35	43.75
Casado	6	20	26	32.5
Unión libre	2	8	10	12.5
Separado	0	3	3	3.75
Divorciado	1	2	3	3.75
Viudo	1	2	3	3.75

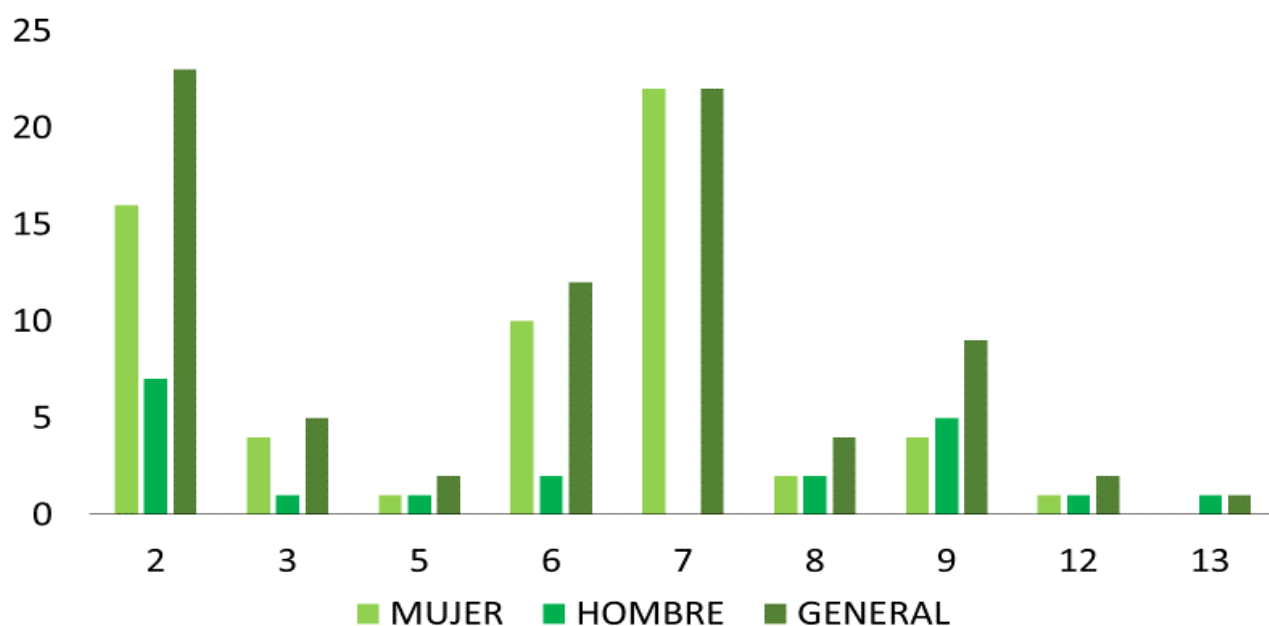
Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tanto en la gráfica número 6 como en la tabla número 10 se puede apreciar el estado civil de la población encuestada dividido por hombres y mujeres y el general. Soltero tuvo un total de 35 personas (10 hombres y 25 mujeres) que representan el 43.75% del general, casado tuvo un total de 26 (6 hombres y 20 mujeres) siendo este el 32.5%, unión libre tuvo un total de 10 (2 hombres y 8 mujeres) que representa al 12.5%, separado tuvo un total de 3 siendo únicamente mujeres, divorciado también tuvo un total de 3 siendo estos 1 hombre y 2 mujeres y por último viudo tuvo un total de 3 siendo dos mujeres y un hombre; estos últimos 3 estados civiles representan el 3.75% de la población total respectivamente.

7.1.4. Ocupación

En la gráfica número 7 y en la tabla número 11 tenemos la ocupación dividida por mujeres, hombres y general. La ocupación 2 (empleado) tuvo un total de 23 personas (16 mujeres y 7 hombres) que representan al 28.75%, la ocupación 3 (comerciante) tuvo un total de 5 (4 mujeres y 1 hombre) siendo el 6.25%, la ocupación 5 (jubilado) tuvo en total 2 personas (1 mujer y 1 hombre) siendo estos el 2.5%, la ocupación número 6 (estudiante) tuvo 12 personas (10 mujeres y 2 hombres) siendo el 15%, la ocupación 7 (hogar) tuvo 22 personas siendo en su totalidad mujeres las cuales representan al 27.5%, la ocupación 8 (desempleado) tuvo un total de 4 personas (2 hombres y 2 mujeres) siendo estos el 5%, la ocupación 9 (trabajo por mi cuenta) tuvo un total de 9 personas (4 mujeres y 5 hombres) siendo el 11.25%, la ocupación 12 (ninguno, menor de 6 años) tuvo un total de 2 personas siendo 1 hombre y 1 mujer que representan el 2.5% y por último la ocupación 13 (ninguno, mayor de 6 años) tuvo únicamente a 1 hombre el cual representa al 1.25%.

Gráfica 7. Usted a qué se dedica



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 11. Ocupación por género y general

Ocupación	Mujer	Hombre	General	%
Empleado	16	7	23	28.75
Comerciante	4	1	5	6.25
Jubilado	1	1	2	2.5
Estudiante	10	2	12	15
Hogar	22	0	22	27.5
Desempleado	2	2	4	5
Trabajo por mi cuenta	4	5	9	11.25
Ninguno (menor de 6 años)	1	1	2	2.5
Ninguno (mayor de 6 años)	0	1	1	1.25

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

7.1.5. Entidad de nacimiento

En la gráfica número 8 y en la tabla número 12 se puede observar la entidad de nacimiento de las personas encuestadas y el porcentaje que representan de la población total. Siendo la CDMX la de mayor porcentaje con 81 y 65 personas, seguido de Puebla con 3.8% y 3 personas, en tercer lugar, con 2 personas que representan al 2.5% personas están, Oaxaca, Guanajuato, Estado de México y Guerrero y en último lugar con 1.3% y 1 persona se encuentran los estados de Hidalgo, Tamaulipas, Morelos y Tlaxcala.

Gráfica 8. Entidad de nacimiento



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 12. Entidad de nacimiento de la población y porcentaje

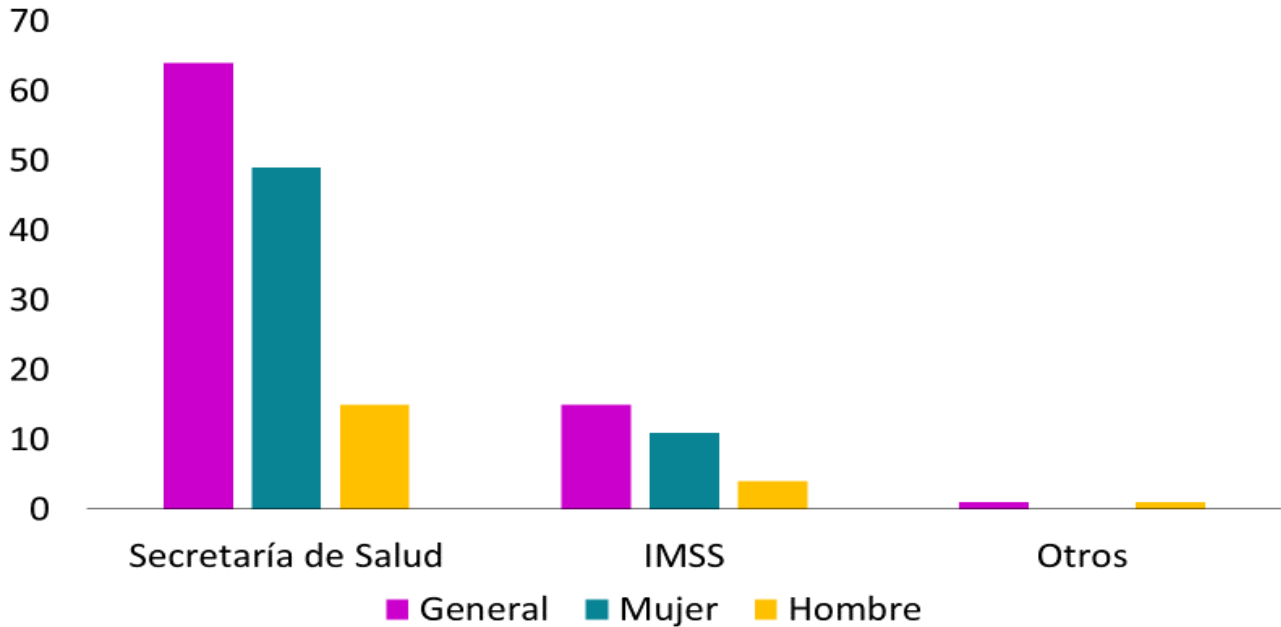
Entidad de nacimiento	Personas	%
CDMX	65	81
Oaxaca	2	2.5
Guanajuato	2	2.5
Hidalgo	1	1.3
Estado de México	2	2.5
Guerrero	2	2.5
Tamaulipas	1	1.3
Puebla	3	3.8
Morelos	1	1.3
Tlaxcala	1	1.3

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

7.2. Datos de salud

7.2.1. Derechohabiencia

Gráfica 9. *Derechohabiencia de la población encuestada*



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 13. *Derechohabiencia*

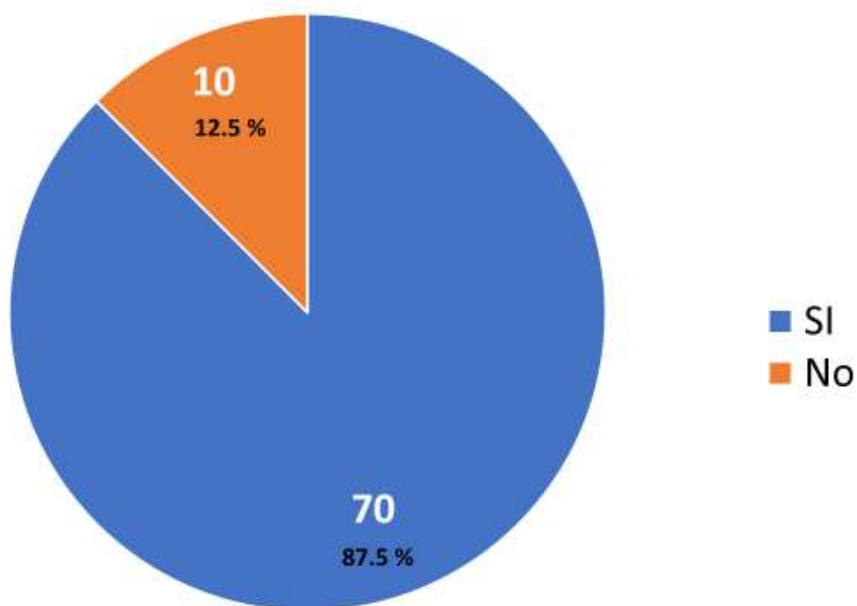
Institución	Mujer	Hombre	General	%
Secretaría de Salud	49	15	64	80
IMSS	11	4	15	18.75
Otros	0	1	1	1.25

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 9 y en la tabla número 13 podemos ver la derechohabiencia con la que cuentan los usuarios encuestados siendo en su mayoría derechohabientes de la Secretaría de Salud (o mejor conocida como “gratuidad”). Un total general de 64 personas (49 mujeres y 15 hombres) que representan el 64% del total de encuestados, por otro lado 15 personas (11 mujeres y 4 hombres) declararon ser derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) lo que representa el 18.75% y la categoría otros que en este caso representa Seguro de Gastos Médicos Mayores, únicamente pertenece un varón que representa el 1.25%.

7.2.2. Cartilla Nacional de Salud

Gráfica 10. Cuenta con Cartilla Nacional de Salud



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 14. Cuenta con Cartilla Nacional de Salud

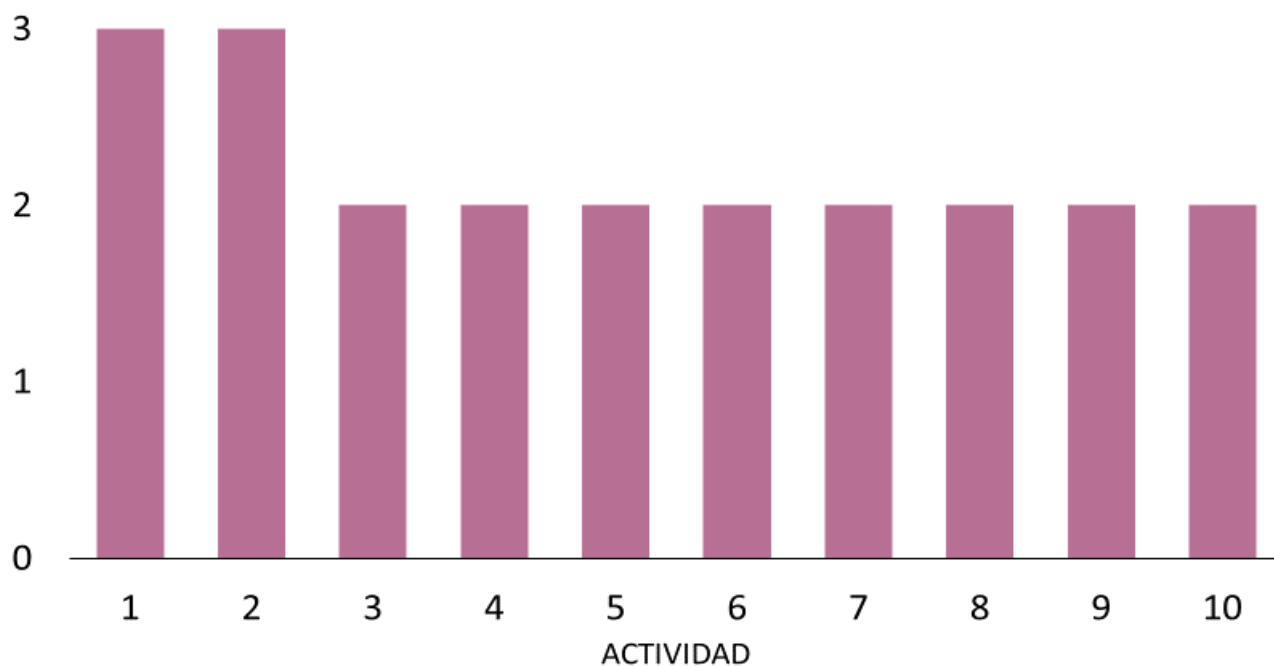
Cartilla Nacional de Salud	Hombre	Mujer	General	%
Sí	18	52	70	87.5
No	2	8	10	12.5

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 10 y en la tabla número 14 se puede observar los datos sobre la Cartilla Nacional de Salud en los cuales podemos ver que de los 80 pacientes encuestados únicamente 10 no cuentan con ella siendo estos 2 hombres que representan el 2.5% de la población total y 8 mujeres que representan el 10% que en total representan al 12.5%; lo que quiere decir que el 87.5% de la población encuestada si cuenta con cartilla nacional de salud siendo de este porcentaje 87.5% mujeres y 12.5% hombres.

7.2.3. *Actividades de salud que le han sido realizadas durante el último año por grupo de edad.*

Gráfica 11. 0 a 9 años



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 15. Actividades que realizaron los usuarios de 0 a 9 años

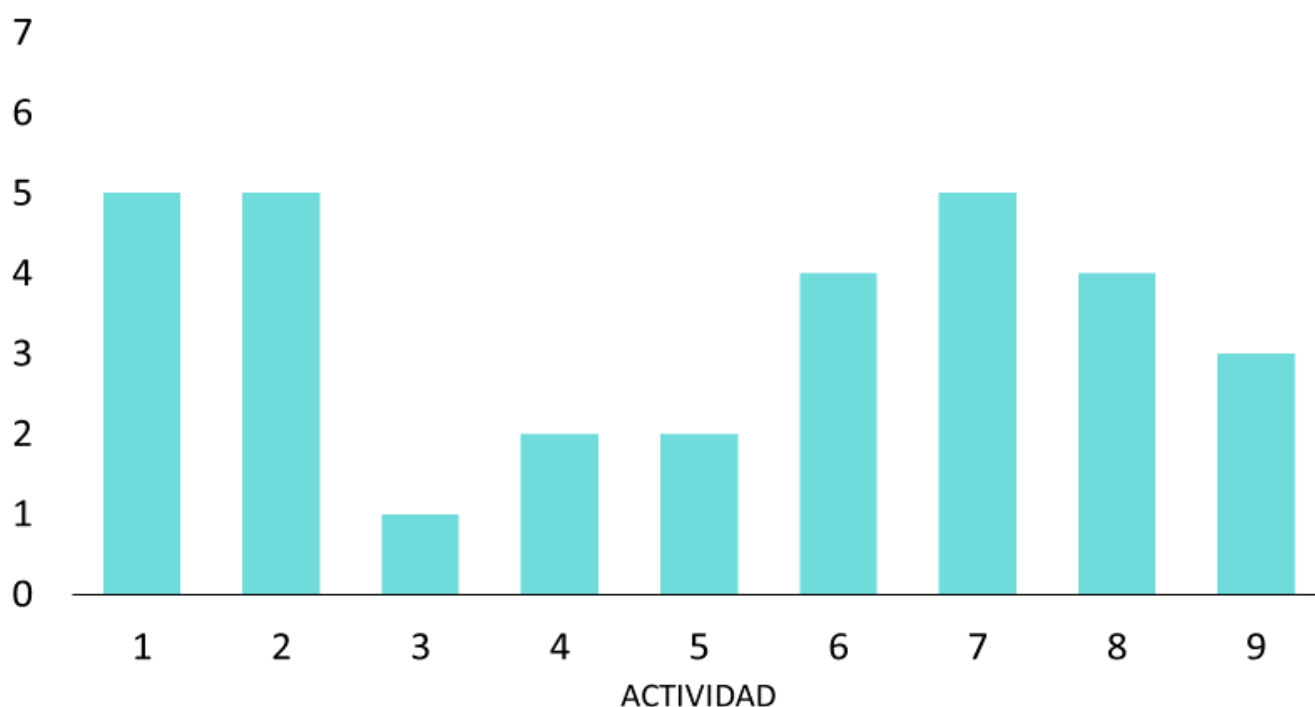
Actividad	Sí	%
Atención al nacer por profesionales de la salud (1)	3	
Tamiz neonatal ampliado en los primeros 5 días de vida (2)	3	100
Control del niño sano (3)	3	
Exploración de la función visual (4)	2	
Exploración de la función auditiva (5)	2	
Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (6)	2	
Evaluación y vigilancia del estado nutricional (7)	2	66.67
Uso de hierro y vitamina A (8)	2	
Desparasitación intestinal (9)	2	
Estimulación temprana / actividad física (10)	2	

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 11 y en la tabla número 15 podemos ver los servicios que recibieron los usuarios de 0 a 9 años (3 en total), así mismo se puede apreciar que las únicas actividades que se realizaron en el 100% de la población encuestada dentro de este grupo

de edad fue la atención al nacer por profesionales de la salud, tamiz neonatal ampliado los primeros cinco días de vida y el control del niño sano; los demás servicios como la exploración de función visual y auditiva, lactancia materna exclusiva los primeros seis meses, evaluación y vigilancia nutricional por el servicio de nutrición, uso de hierro y vitamina A, desparasitación intestinal y estimulación temprana y/o actividad física únicamente los han recibido dos usuarios lo que representa el 66.67% del total dentro de este grupo etario.

Gráfica 12. 10 a 19 años



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

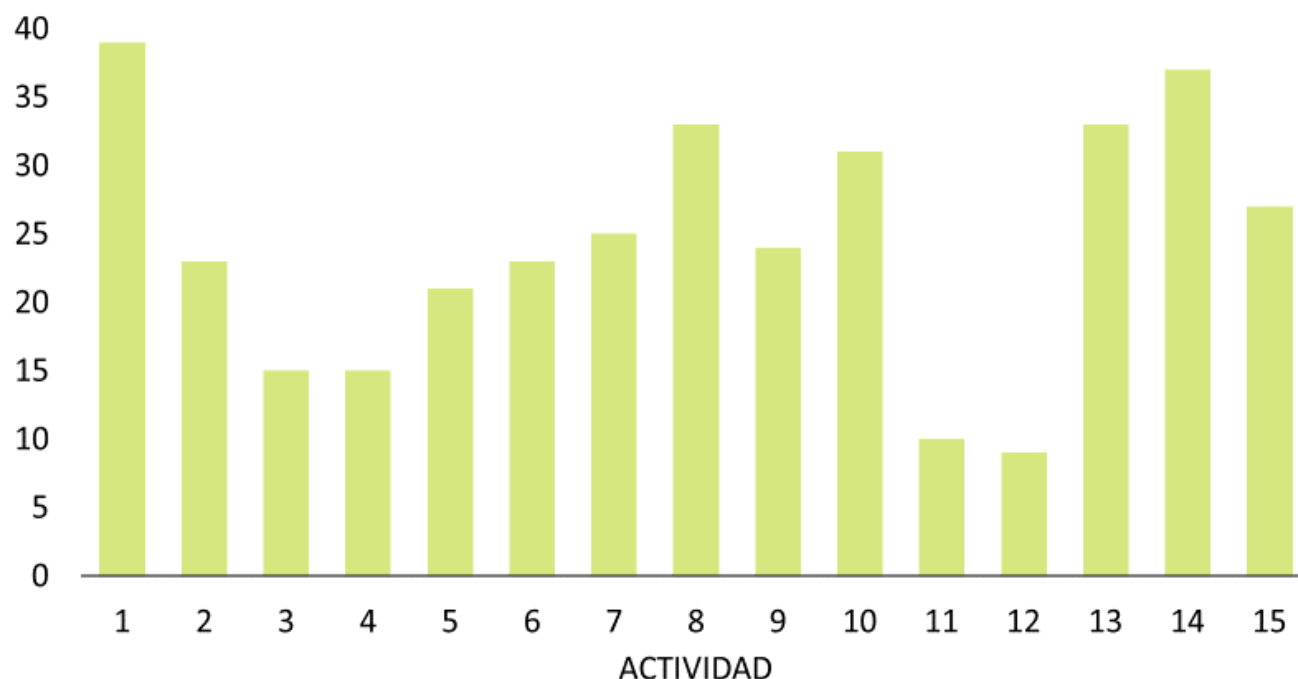
Tabla 16. Actividades que realizaron los usuarios de 10 a 19 años

Actividad	Sí	%
Acude a unidades de salud dos veces al año (1)	5	83.3
Orientación alimentaria (2)	5	83.3
Uso de hierro / ácido fólico (3)	1	16.7
Evaluación y vigilancia nutricional (4)	2	33.3
Desparasitación (5)	2	33.3
Actividad Física (6)	4	66.7
Orientación sobre derechos sexuales, reproductivos y prevención de ITS (7)	5	83.3
Uso de anticonceptivos (8)	4	66.7
Control del embarazo (9)	3	50

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 12 y en la tabla número 16 podemos ver las actividades que realizaron los usuarios del grupo etario de 10 a 19 años (7 encuestados en total), las que mayor porcentaje tuvieron (83.3) fueron: el acudir a unidades de salud por lo menos dos veces al año, orientación alimentaria y orientación sobre derechos sexuales, reproductivos y prevención de ITS, seguidos de estos con 66.7% fueron: la realización de actividad física y el uso de anticonceptivos, con 50% tenemos el control del embarazo, posteriormente se encuentra la evaluación y vigilancia nutricional y la desparasitación con el 33.3% y por último tenemos el uso de hierro y/o ácido fólico con el 16.7% del total de encuestados en este grupo.

Gráfica 13. Mujeres de 20 a 59 años



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 13 y en la tabla número 17 podemos ver las actividades que realizaron las mujeres de 20 a 59 años (44 mujeres en total). Acudir dos veces al año a centro de salud fue la actividad que más realizó este grupo con un 88.6%, después se encuentra la detección de Diabetes Mellitus dos veces al año con 84.1% seguido de exploración mamaria cada dos años con el 75%, Papanicolau cada tres años después de los 25 años con 70.5%, detección de dislipidemias dos veces al año con el 61.4%, uso de métodos anticonceptivos con el 56.8%, mastografía cada dos años después de los 40 con el 54.5%, orientación y prevención de VIH/SIDA e ITS y orientación alimentaria con 52.3%, actividad física con el 47.7%, uso

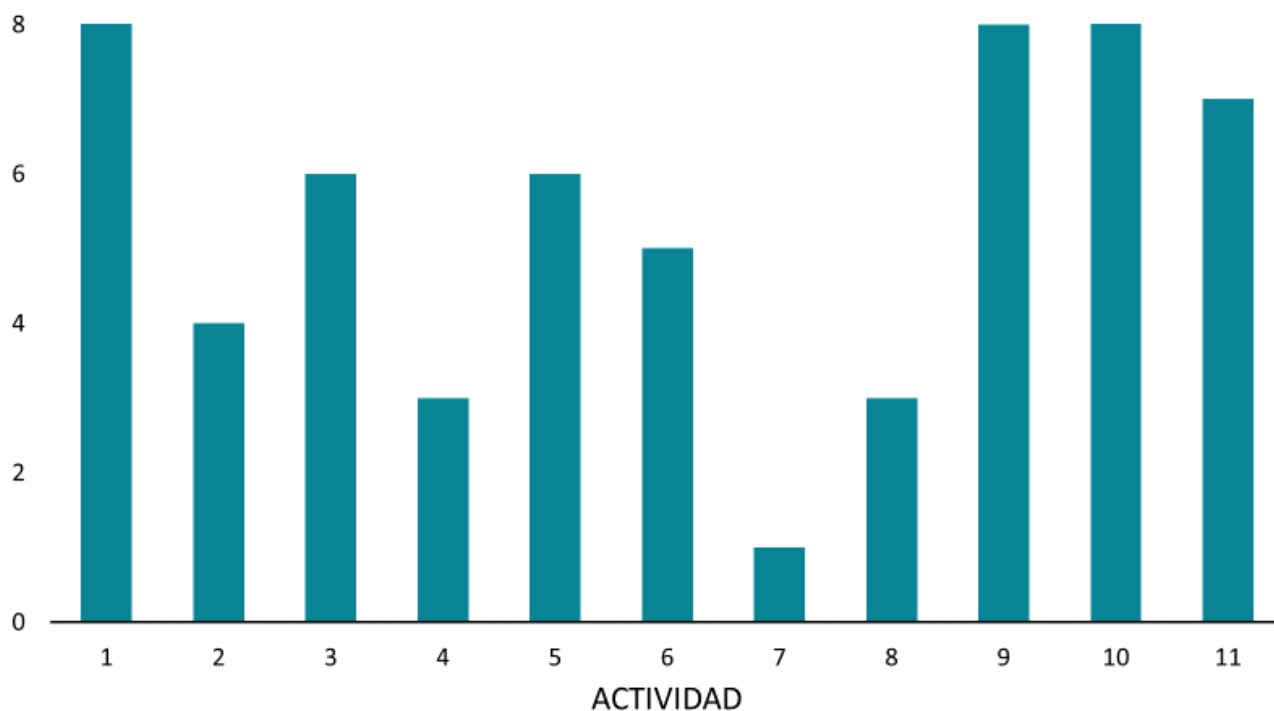
de hierro/ácido fólico y evaluación y vigilancia nutricional con el 34.1%, control del embarazo con 22.7% y por último atención del parto en hospital / clínica con el 20.5%.

Tabla 17. Actividades que realizaron las mujeres de 20 a 59 años

Actividad	Sí	%
Acude a unidades de salud dos veces al año (1)	39	88.6
Orientación alimentaria (2)	23	52.3
Uso de hierro / ácido fólico (3)	15	34.1
Evaluación y vigilancia nutricional (4)	15	34.1
Actividad Física (5)	21	47.7
Orientación y prevención de VIH/SIDA e ITS (6)	23	52.3
Uso de métodos anticonceptivos (7)	25	56.8
Exploración mamaria cada dos años (8)	33	75
Mastografía cada dos años después de los 40 (9)	24	54.5
Papanicolau cada tres años después de los 25 (10)	31	70.5
Control del embarazo (11)	10	22.7
Atención del parto en hospital / clínica (12)	9	20.5
Detección de hipertensión arterial dos veces al año (13)	33	75
Detección de Diabetes Mellitus dos veces al año (14)	37	84.1
Detección de dislipidemias dos veces al año (15)	27	61.4

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Gráfica 14. Hombres de 20 a 59 años



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 14 y en la tabla número 18 se pueden observar las actividades que realizaron los hombres de 20 a 59 años siendo la detección de Diabetes Mellitus dos veces al año y el acudir a unidades de salud dos veces al año las que mayor porcentaje tuvieron con 64.3%, seguido de detección de hipertensión arterial dos veces al año con 57.1%, detección de dislipidemias dos veces al año con 50%, evaluación y vigilancia nutricional y orientación y prevención de VIH/SIDA e ITS con 42.9%, uso de métodos anticonceptivos con 35.7%, orientación alimentaria con 28.6%; actividad física y antígeno prostático cada dos años después de los 40 años con 21.4% y por último con 7.1% la exploración de próstata cada dos años después de los 40 años.

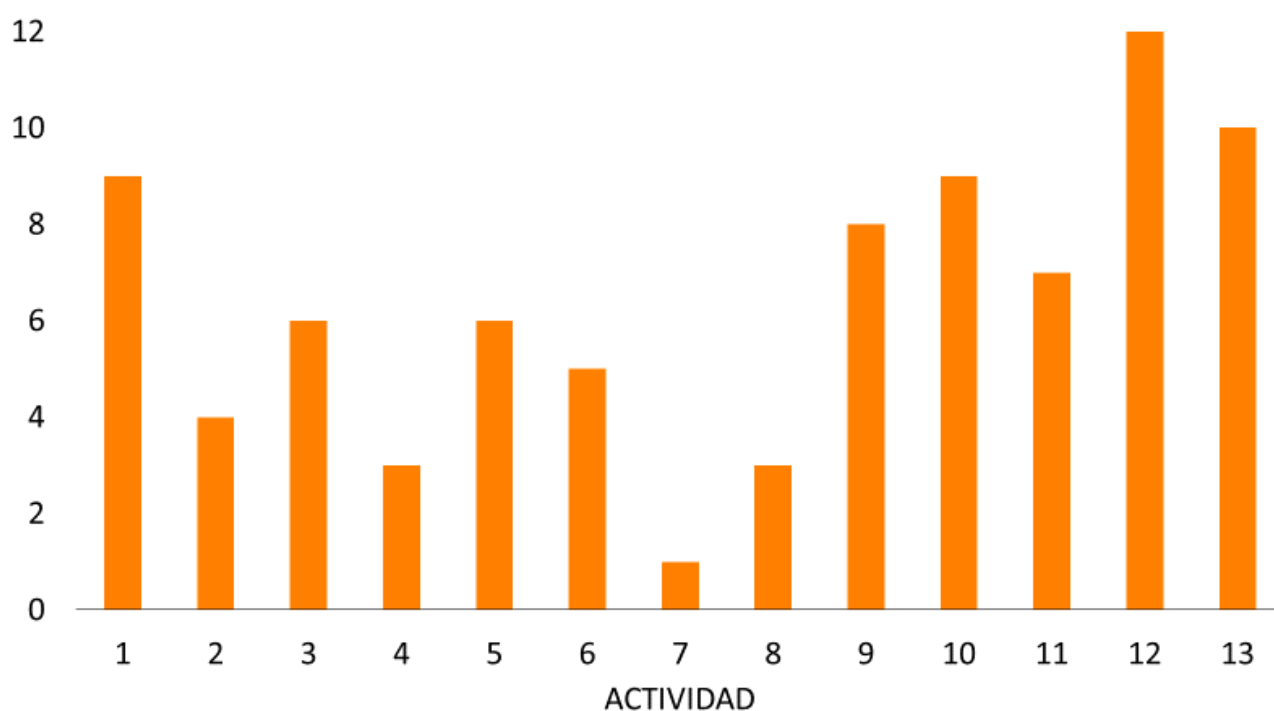
Tabla 18. *Actividades que realizaron los hombres de 20 a 59 años*

Actividad	Sí	%
Acude a unidades de salud dos veces al año (1)	9	64.3
Orientación alimentaria (2)	4	28.6
Evaluación y vigilancia nutricional (3)	6	42.9
Actividad Física (4)	3	21.4
Orientación y prevención de VIH/SIDA e ITS (5)	6	42.9
Uso de métodos anticonceptivos (6)	5	35.7
Exploración de próstata cada dos años después de los 40 (7)	1	7.1
Antígeno Prostático cada dos años después de los 40 (8)	3	21.4
Detección de hipertensión arterial dos veces al año (9)	8	57.1
Detección de Diabetes Mellitus dos veces al año (10)	9	64.3
Detección de dislipidemias dos veces al año (11)	7	50

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 15 y en la tabla número 19 tenemos las actividades que realizaron los usuarios de 60 años y más, con 92.3% está la detección de Diabetes Mellitus dos veces al año, seguido con el 76.9% la detección de dislipidemias dos veces al año, con 69.2% se encuentra el acudir dos veces al año a unidades de salud y el antígeno prostático cada dos años, con 61.5% la exploración de próstata, seguido por la detección de hipertensión arterial dos veces al año con 53.8%, después con 46.2% está la evaluación y vigilancia nutricional y la orientación sobre menopausia y andropausia, con 38.5% está la exploración mamaria cada dos años, seguido por la orientación alimentaria con 30.8%, con el 23.1% está la actividad física y el Papanicolau cada tres años y por último se encuentra la mastografía cada dos años con el 7.7%.

Gráfica 15. 60 años y más



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

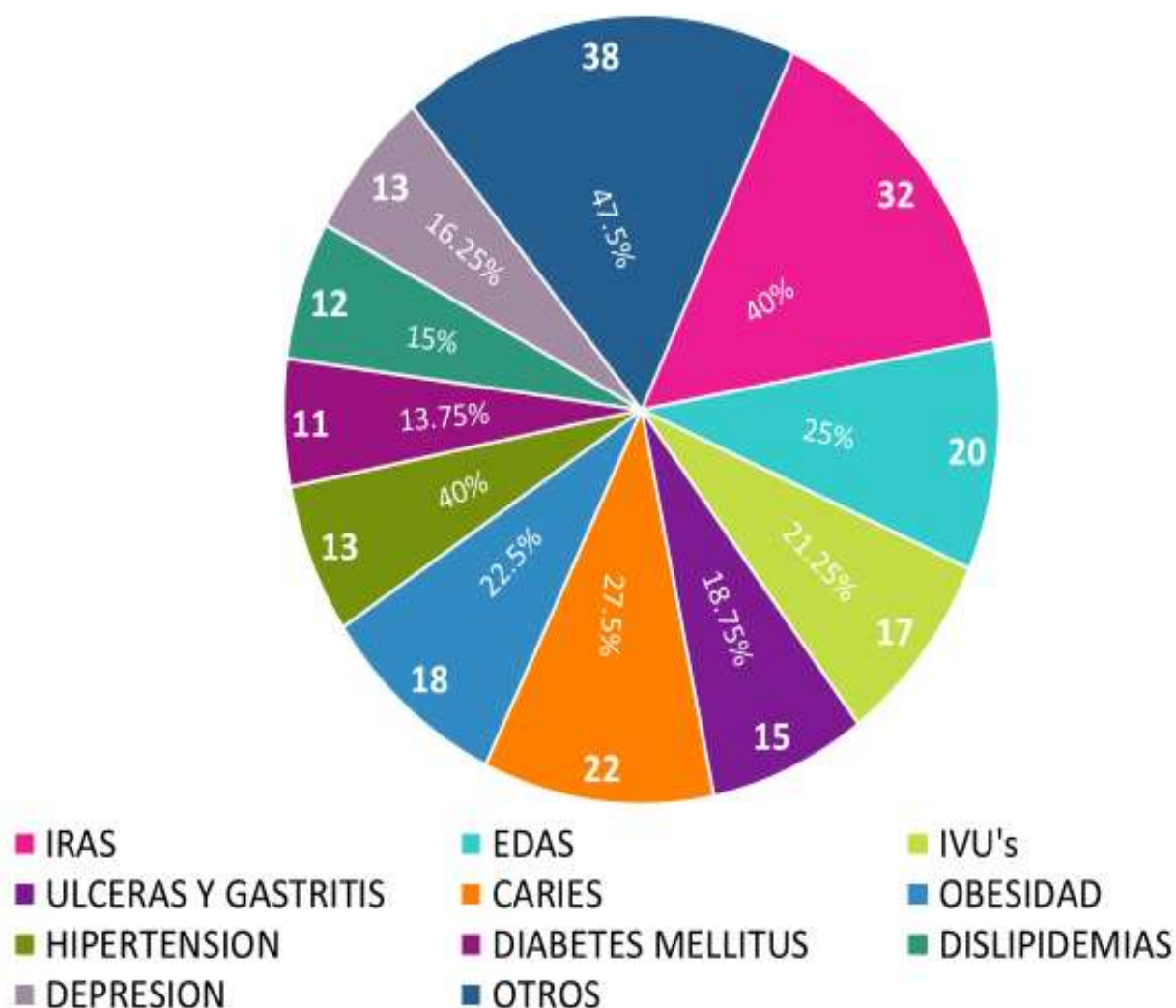
Tabla 19. Actividades que realizaron los usuarios de 60 años y más

Actividad	Sí	%
Acude a unidades de salud dos veces al año (1)	9	69.2
Orientación alimentaria (2)	4	30.8
Evaluación y vigilancia nutricional (3)	6	46.2
Actividad Física (4)	3	23.1
Orientación menopausia / andropausia (5)	6	46.2
Exploración mamaria cada dos años (6)	5	38.5
Mastografía cada dos años (7)	1	7.7
Papanicolau cada tres años (8)	3	23.1
Exploración de próstata cada dos años (9)	8	61.5
Antígeno prostático cada dos años (10)	9	69.2
Detección de hipertensión arterial dos veces al año (11)	7	53.8
Detección de Diabetes Mellitus dos veces al año (12)	12	92.3
Detección de dislipidemias dos veces al año (13)	10	76.9

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

7.2.4. *Padecimientos por los que fueron atendidos durante el último año.*

Gráfica 16. *Población general*



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

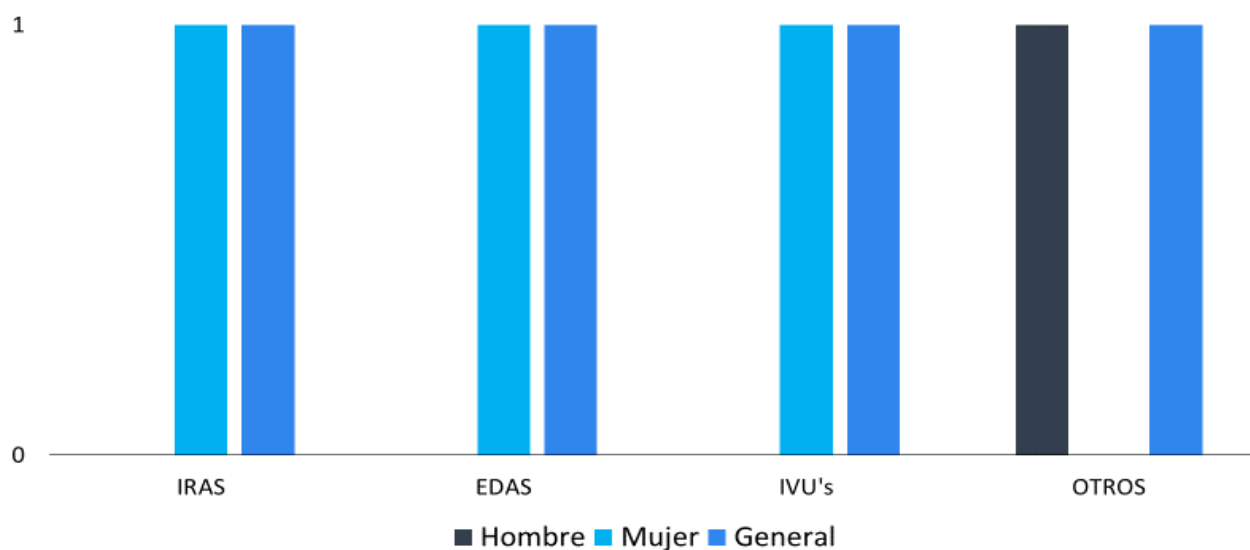
Tabla 20. *Padecimientos por los que fue atendida la población general en el último año*

Padecimiento	General	%
IRAS*	32	40
EDAS**	20	25
IVUs***	17	21.25
Úlceras y gastritis	15	18.75
Caries	22	27.5
Obesidad	18	22.5
Hipertensión arterial sistémica	13	16.25
Diabetes Mellitus	11	13.75
Dislipidemias	12	15
Depresión	13	16.25
Otros Padecimientos	38	47.5

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 16 y en la tabla número 20 se expresan los padecimientos que padeció la población general a lo largo del año pasado, teniendo en primer lugar con 38 pacientes quienes representan al 47.5% del total, otros padecimientos, teniendo como ejemplos de estos: lesiones precursoras de cáncer cervicouterino, fracturas óseas, artritis reumatoide, infecciones vaginales entre otros, seguido de otros padecimientos están las infecciones de vías respiratorias agudas* con 32 pacientes que representa el 40% de la muestra; seguido por caries que tiene 22 pacientes que representa el 27.5%, después están las enfermedades diarreicas agudas** con 25% y 20 pacientes, seguidas de obesidad con 18 pacientes y el 22.5%, infecciones de vías urinarias*** con 17 pacientes y 21.25%, hipertensión arterial sistémica y depresión con 13 pacientes que representan el 16.25%, dislipidemias que lo padecieron 12 pacientes que representan el 15% y por último pero no menos importante diabetes mellitus con 11 pacientes que representa el 13.75% de la población total encuestada.

Gráfica 17. Padecimientos en el último año del grupo de 0 a 9 años



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

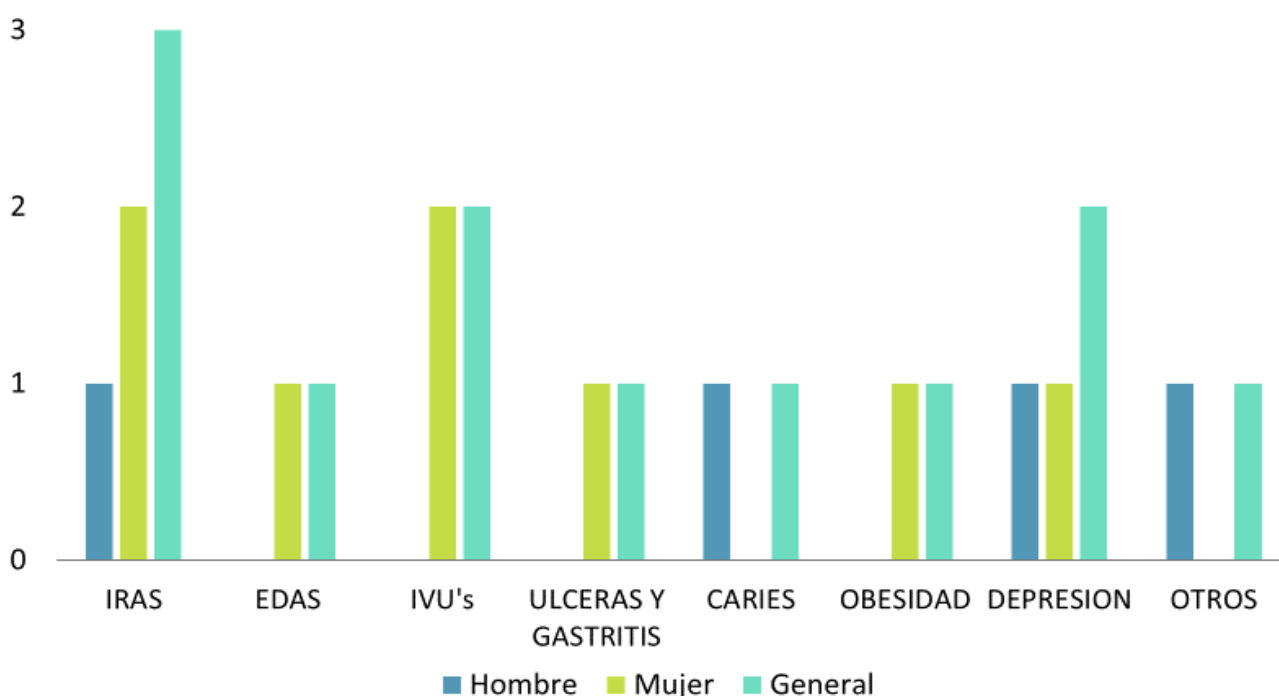
En la gráfica número 17 y en la tabla número 21 se encuentran los principales padecimientos que presentaron los pacientes de 0 a 9 años cuyo grupo está representado por 3 pacientes de los cuales 1 es hombre y 2 son mujeres, en cuanto a los padecimientos; tanto IRAS, EDAS, IVUs y otros padecimientos (alteraciones en el lenguaje) tuvieron un total de 1 paciente que los padeció el cual representa al 33.33% de los 3 pacientes que se encuentran dentro de este grupo de edad.

Tabla 21. Padecimientos en el último año del grupo de 0 a 9 años

Padecimiento	Hombre	Mujer	General	%
IRAS	0	1	1	33.33
EDAS	0	1	1	33.33
IVU's	0	1	1	33.33
Otros Padecimientos	1	0	1	33.33

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Gráfica 18. Padecimientos en el último año del grupo de 10 a 19 años



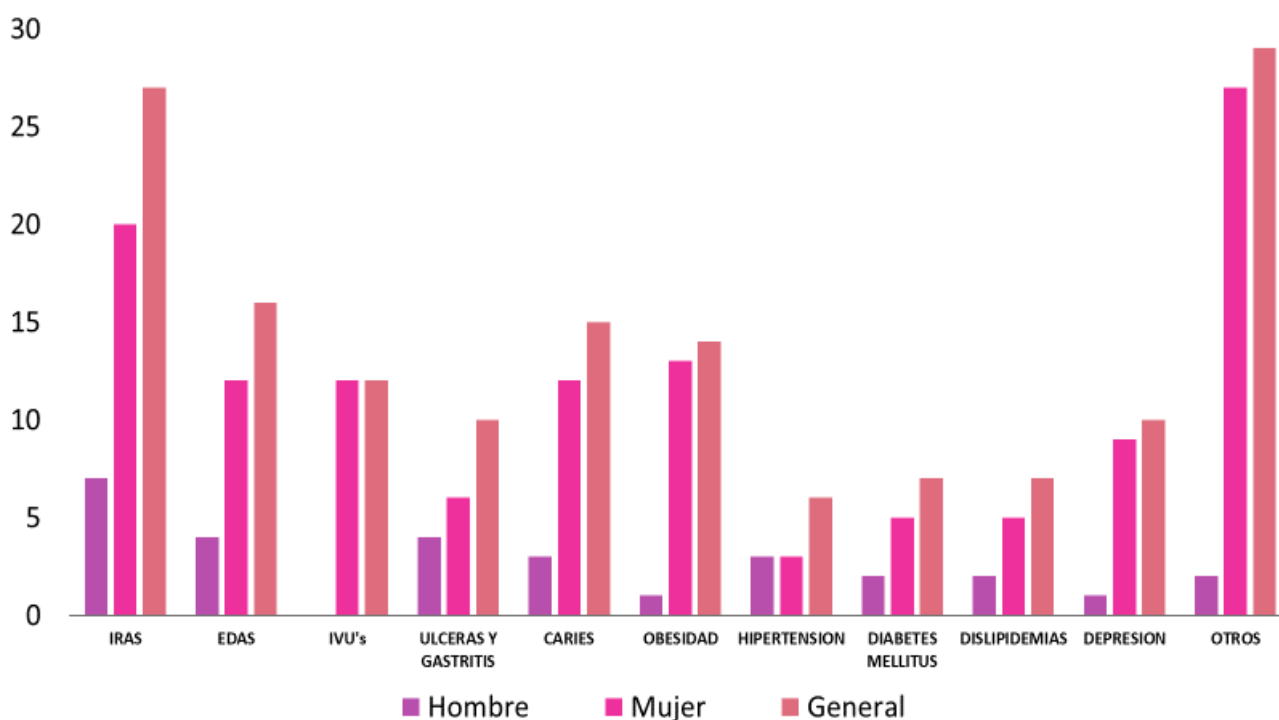
Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 18 y en la tabla número 22 se encuentran expresados los padecimientos que presentaron los pacientes del grupo etario de 10 a 19 años divididos por hombres, mujeres y general. En primer lugar, se encuentran las IRAS con 3 pacientes (1 hombre y 2 mujeres) quienes equivalen al 50% de este grupo de edad, después con 2 pacientes, los cuales representan el 33.33% a las IVUs y a la depresión, sin embargo, en las infecciones de vías urinarias tenemos a dos mujeres mientras que en la depresión es un hombre y una mujer, por último con 16.67% que equivale a 1 paciente, se encuentran las EDAS con una mujer, úlceras y gastritis con una mujer, caries un hombre, obesidad con una mujer y otros con un hombre.

Tabla 22. Padecimientos en el último año del grupo de 10 a 19 años

Padecimiento	Hombre	Mujer	General	%
IRAS	1	2	3	50.00
EDAS	0	1	1	16.67
IVU's	0	2	2	33.33
Ulceras y Gastritis	0	1	1	
Caries	1	0	1	16.67
Obesidad	0	1	1	
Depresión	1	1	2	33.33
Otros Padecimientos	1	0	1	16.67

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Gráfica 19. Padecimientos en el último año del grupo de 20 a 59 años

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 19 y en la tabla número 23 están representados los padecimientos en el último año del grupo de edad de 20 a 59 años el cual está formado por un total de 58 pacientes siendo de estos 14 hombres y 44 mujeres. En primer lugar tenemos otros padecimientos con 29 pacientes (2 hombres y 27 mujeres) quienes representan al 50% que en este caso la gran mayoría fueron lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino seguido por infecciones vaginales; en segundo lugar tenemos a las infecciones respiratorias agudas con 27 pacientes en total (7 hombres y 20 mujeres) quienes representan al 46.55%,

enfermedades diarreicas agudas se encuentra en tercer lugar con 16 pacientes (4 hombres y 12 mujeres) quienes representan al 27.59%; después se encuentran las caries con un total de 15 pacientes (3 hombres y 12 mujeres) quienes son el 25.86%, la obesidad se encuentra después con 14 pacientes (1 hombre y 13 mujeres) quienes representan al 24.14% del grupo, seguido de esta se encuentran con 12 pacientes (todas mujeres), las infecciones de vías urinarias (IVUs) las cuales representan al 20.69%, seguidos de estas se encuentran representando al 17.24%, la depresión y las úlceras y gastritis con 1 hombre y 9 mujeres y 6 mujeres y 4 hombres respectivamente, después se encuentran la diabetes mellitus y las dislipidemias con mismo número de pacientes 7 (2 hombres y 5 mujeres) quienes representan al 12.07% por último tenemos a la hipertensión con el 10.34% conformado por 6 pacientes de los cuales 3 fueron hombres y 3 mujeres.

Tabla 23. *Padecimientos en el último año del grupo de 20 a 59 años*

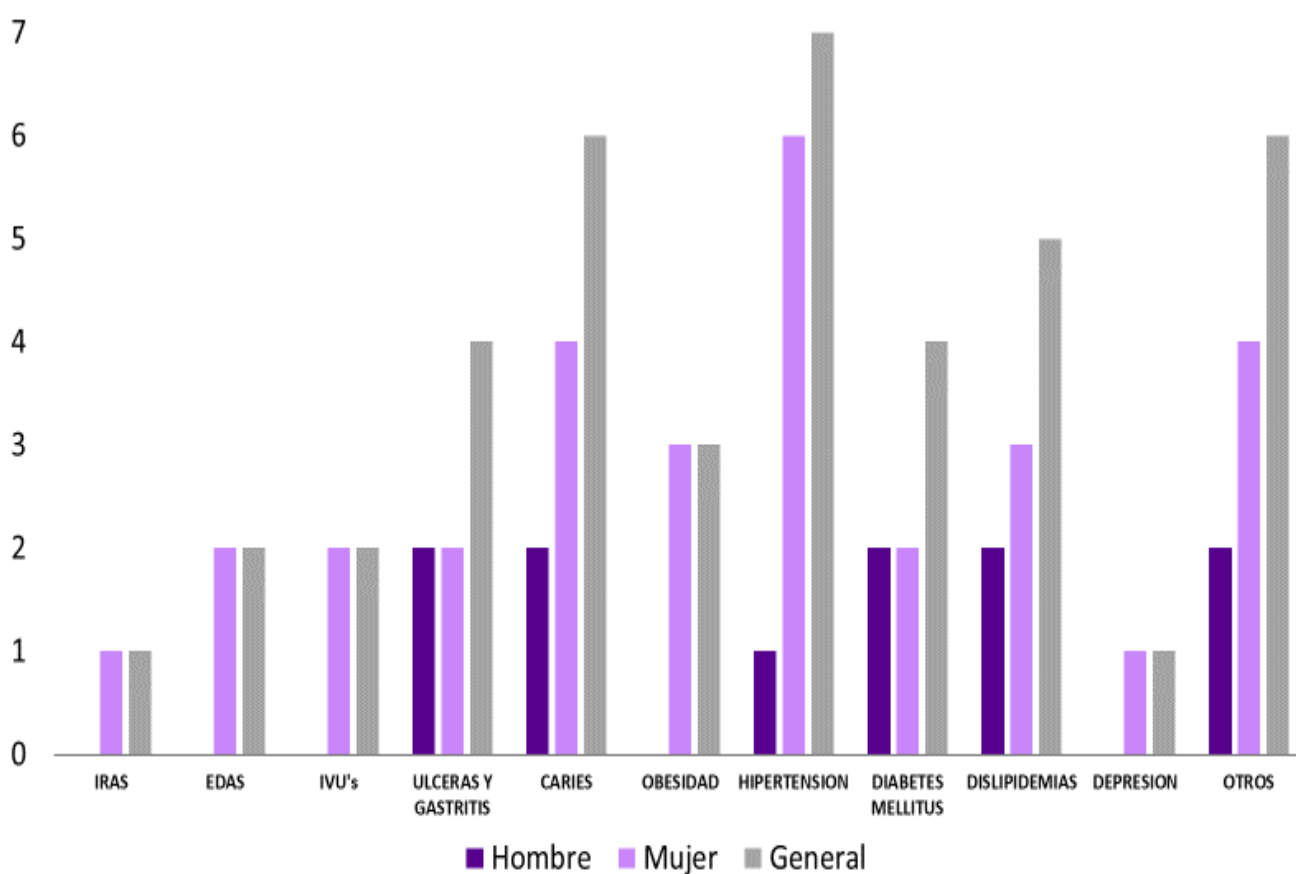
Padecimientos	Hombre	Mujer	General	%
IRAS	7	20	27	46.55
EDAS	4	12	16	27.59
IVU's	0	12	12	20.69
Úlceras Y Gastritis	4	6	10	17.24
Caries	3	12	15	25.86
Obesidad	1	13	14	24.14
Hipertensión	3	3	6	10.34
Diabetes Mellitus	2	5	7	12.07
Dislipidemias	2	5	7	12.07
Depresión	1	9	10	17.24
Otros	2	27	29	50.00

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 20 y en la tabla número 24 podremos observar los padecimientos por los que fueron atendidos los pacientes del grupo de edad de 60 años y más, el cual está representado por un total de 13 pacientes siendo de estos 3 hombres y 10 mujeres. Dentro de los padecimientos, en primer lugar, tenemos a la hipertensión con 53.85% el cual representa a 7 pacientes de los cuales 6 fueron mujeres y 1 hombre, en segundo lugar se encuentran las caries y otros padecimientos con 46.15% con un total de 6 personas siendo estas 4 mujeres y 2 hombres en este caso entre otros padecimientos tenemos gonartrosis, artritis reumatoide y enfermedad por reflujo gastroesofágico, seguido de estos se encuentran las dislipidemias con 38.46% que representa a 5 pacientes de los cuales tres son mujeres y

dos hombres, en cuarto lugar, están las úlceras y gastritis junto con la diabetes mellitus con 30.77% del grupo estos dos padecimientos los tuvieron 4 pacientes siendo dos hombres y dos mujeres en ambos casos, después se encuentra la obesidad con un total de 3 pacientes siendo todas ellas mujeres quienes representan al 23.08% de este grupo de edad, enseguida tenemos las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) y las infecciones de vías urinarias (IVUs) con un total de dos mujeres quienes representan al 15.38%, en último lugar con 1 paciente que representa al 7.69% tenemos a la depresión y a las enfermedades respiratorias agudas (IRAS).

Gráfica 20. Padecimientos en el último año del grupo de 60 años y más



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 24. Padecimientos en el último año del grupo de 60 años y más

Padecimiento	Hombre	Mujer	General	%
IRAS	0	1	1	7.69
EDAS	0	2	2	15.38
IVU's				
Ulceras y Gastritis	2	2	4	30.77
Caries	2	4	6	46.15
Obesidad	0	3	3	23.08
Hipertensión	1	6	7	53.85
Diabetes Mellitus	2	2	4	30.77
Dislipidemias	2	3	5	38.46
Depresión	0	1	1	7.69
Otros padecimientos	2	4	6	46.15

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

7.2.5. Adicciones

8. **Tabla 25.** Adicciones que reportaron tener los pacientes encuestados

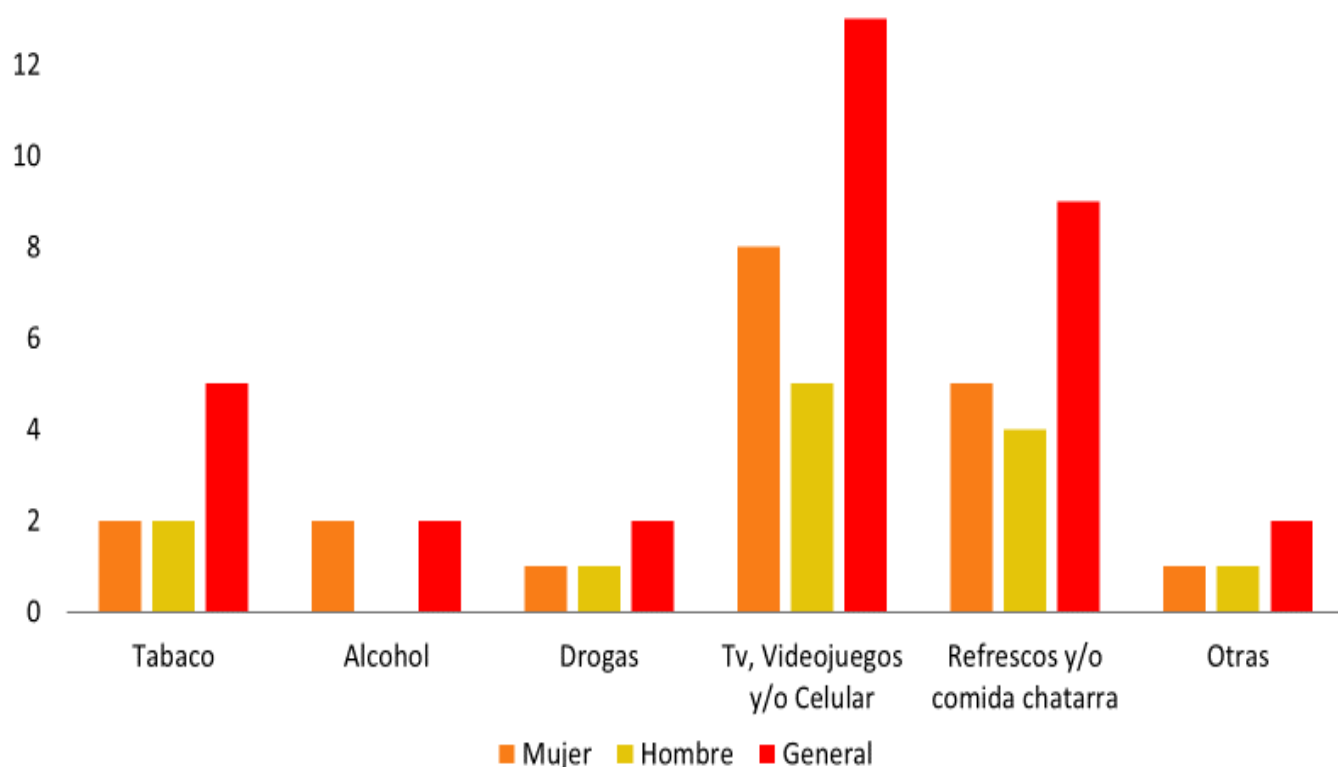
Adicción	Mujer	Hombre	General	%
Tabaco	2	3	5	6.25
Alcohol	2	0	2	2.5
Drogas	1	1	2	2.5
Tv, Videojuegos y/o Celular	8	5	13	16.25
Refrescos y/o comida chatarra	5	4	9	11.25
Otras	1	1	2	2.5

9. Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 21 y en la tabla número 25 podemos observar las adicciones que los pacientes encuestados refirieron padecer, en primer lugar tenemos a la televisión, videojuegos y/o celular con 13 pacientes (8 mujeres y 5 hombres) quienes representan al 16.25% del total de encuestados, en segundo lugar tenemos con 9 pacientes (5 mujeres y 4 hombres) que representan al 11.25%, la adicción a los refrescos y/o comida chatarra, en tercer lugar tenemos al tabaco con 5 pacientes (3 hombres y 2 mujeres) quienes representan al 6.25% de la población encuestada, en último lugar tenemos la adicción al alcohol con 2

pacientes, ambos varones que representan al 2.5%, así mismo tenemos en el mismo lugar la adicción a drogas con una mujer y un hombre que también representan al 2.5%, las adicciones a otras cosas también estuvieron presentes en este lugar con 2 pacientes siendo un hombre y una mujer quienes a su vez representan al 2.5% de la población general encuestada.

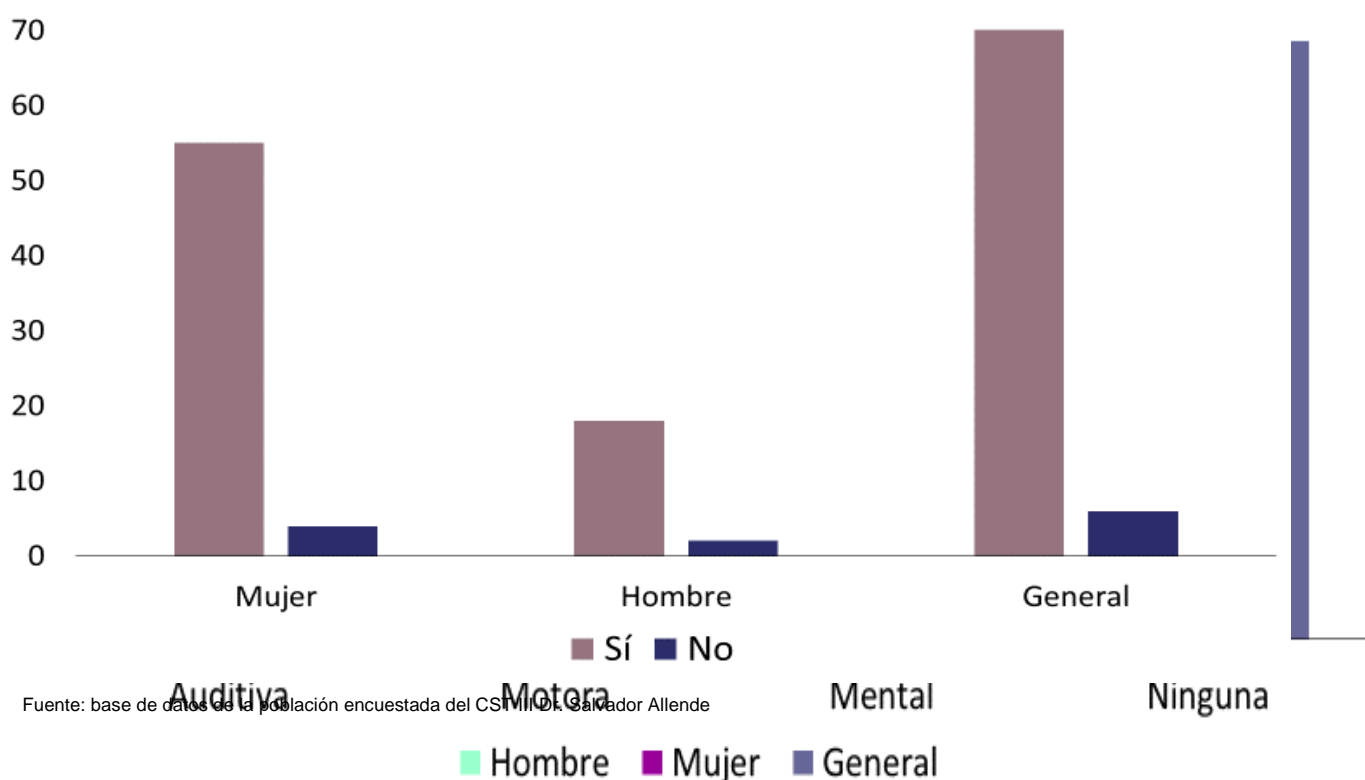
Gráfica 21. Adicciones por género y general



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

9.1.1. Discapacidad

En la gráfica número 22 y en la tabla número 26 tenemos representadas las discapacidades que refirieron padecer los pacientes encuestados. La discapacidad que más se presentó fue de tipo motora con un total de 6 pacientes que representan al 7.5% del total encuestado, de los cuales 2 fueron hombres y 4 mujeres, seguido de esta se encuentra la discapacidad auditiva con un total de 2 mujeres quienes representan al 2.5% y por último tenemos la discapacidad mental que únicamente la padece en este caso una mujer que representa al 1.25%, por otro lado tenemos a los pacientes que refirieron no padecer ninguna discapacidad en total fueron 73 pacientes (55 mujeres y 18 hombres) quienes representan al 91.25% del total encuestado.



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Gráfica 22. Tiene usted alguna discapacidad

Tabla 26. Discapacidad que padecen los pacientes encuestados

Discapacidad	Hombre	Mujer	General	%
Auditiva	0	2	2	2.5
Motora	2	4	6	7.5
Mental	0	1	1	1.25
Ninguna	18	55	73	91.25

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

9.1.2. Tiempo para recreación

En la gráfica número 23 y en la tabla número 27 tenemos representado si los pacientes tienen o no tiempo para la recreación, de los 80 pacientes encuestados; 74 refirieron sí tenerlo (55 mujeres y 18 hombres) lo que representa al 92.5% del total, por otro lado, seis pacientes refirieron no tener tiempo para recreación de los cuales 4 fueron mujeres y 2 hombres representando todos ellos al 7.5% de la población total encuestada.

Gráfica 23. Tiene usted tiempo para recreación

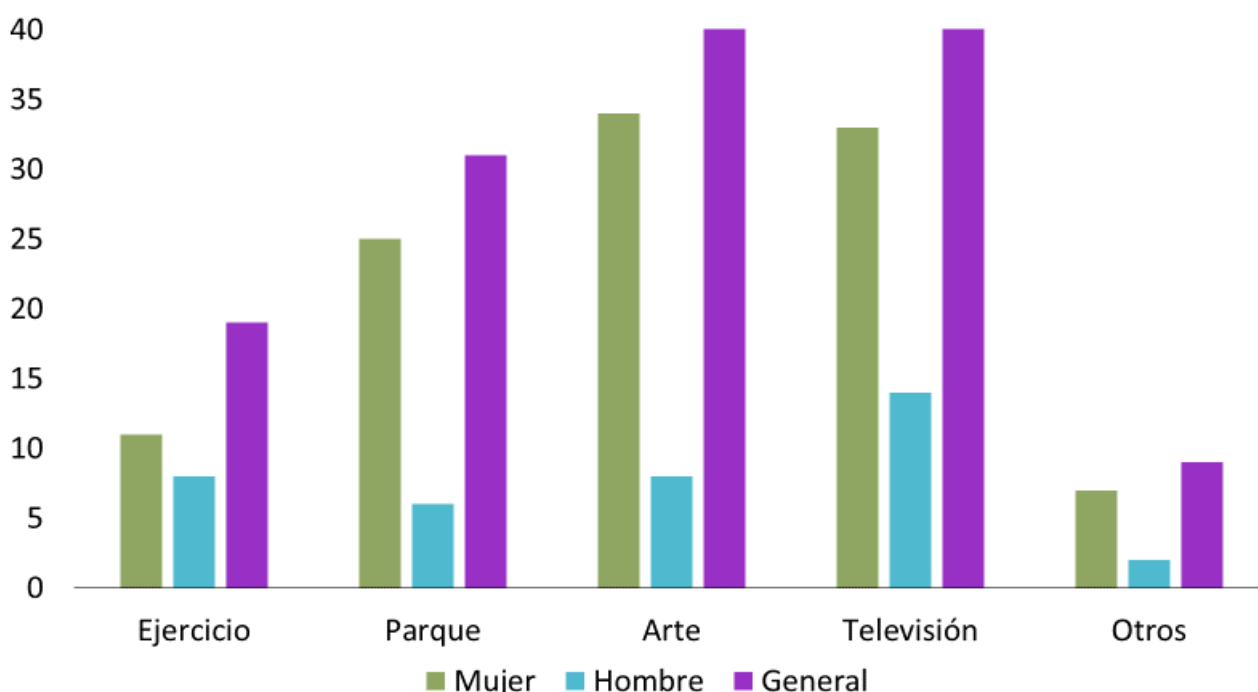
Tabla 27. Tiene usted tiempo para recreación

Tiempo para la recreación	Mujer	Hombre	General	%
Sí	55	18	74	92.5
No	4	2	6	7.5

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 24 y en la tabla número 28 se encuentran ilustrados los métodos en los que los pacientes que refirieron tener tiempo libre, utilizan este tiempo. En primer lugar tenemos a la televisión con 47 pacientes en total (33 mujeres y 14 hombres) que representan al 63.51%, segundo lugar tenemos al arte (cine, teatro, conciertos, etc.) con un total de 42 pacientes (34 mujeres y 8 hombres) quienes representan al 56.76%, en tercer lugar tenemos las idas al parque con un total de 31 pacientes (25 mujeres y 6 hombres) que representan al 41.89%, en cuarto lugar tenemos al ejercicio que representa al 25.68% con un total de 19 personas siendo estas 11 mujeres y 8 hombres y en último lugar tenemos otros métodos con un total de 9 pacientes que representan al 12.16%.

Gráfica 24. Método de recreación



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 28. En qué utiliza su tiempo de recreación

Método de recreación	Mujer	Hombre	General	%
Ejercicio	11	8	19	25.68
Parque	25	6	31	41.89
Arte	34	8	42	56.76
Televisión	33	14	47	63.51
Otros	7	2	9	12.16

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

9.1.3. Eliminación de excretas

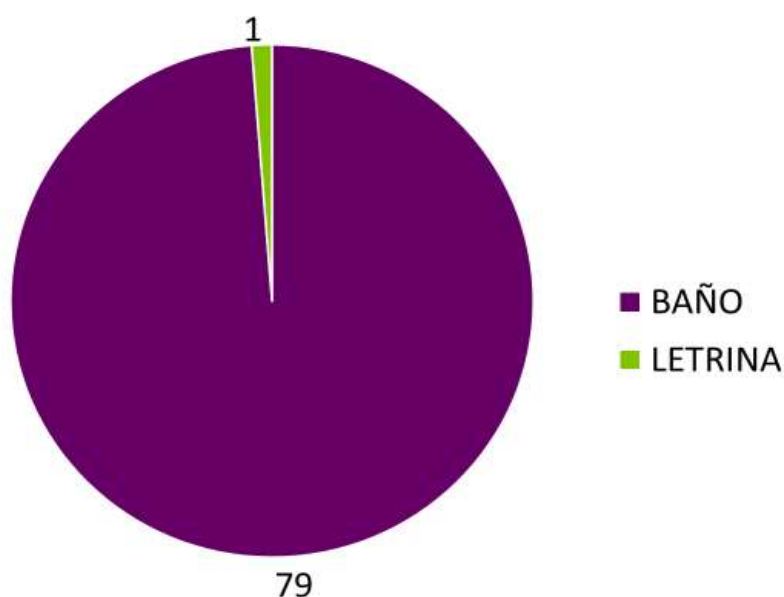
En la gráfica número 25 y en la tabla número 29 podemos apreciar el método de eliminación de excretas que utilizan los pacientes interrogados, de estos únicamente 1 paciente que representa al 1.2% refirió que cuenta con letrina, por otro lado 79 de los 80 pacientes refirieron contar con baño, siendo estos el 98.75% del total encuestado.

Tabla 29. Método de eliminación de excretas

Método	Cantidad de pacientes	%
Baño	79	98.75
Letrina	1	1.25

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Gráfica 25. Método de eliminación de excretas

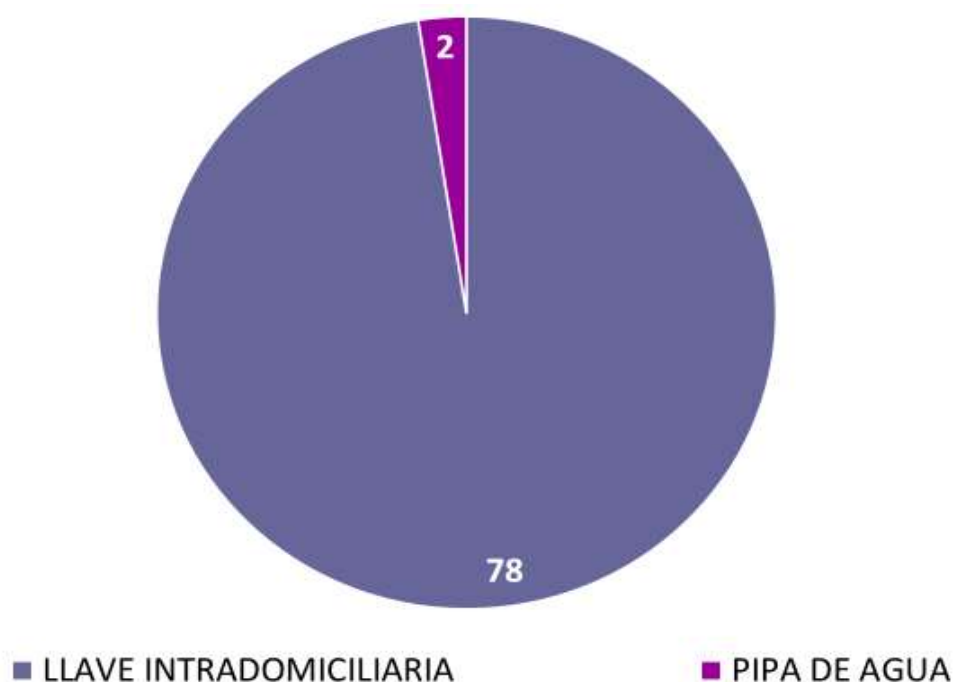


Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

9.1.4. Disposición del agua

En la gráfica número 26 y en la tabla número 30, se encuentra representada la manera en la que los pacientes encuestados disponen del agua; la llave intradomiciliaria fue la que tuvo mayor porcentaje (97.5%) con un total de 78 personas, por otro lado, únicamente dos personas quienes representan al 2.5% obtienen el agua a través de pipa.

Gráfica 26. ¿Cómo llega el agua a su casa?



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 30. Cómo llega el agua a su vivienda

Disposición del agua	Cantidad de pacientes	%
Llave intradomiciliaria	78	97.5
Pipa de agua	2	2.5

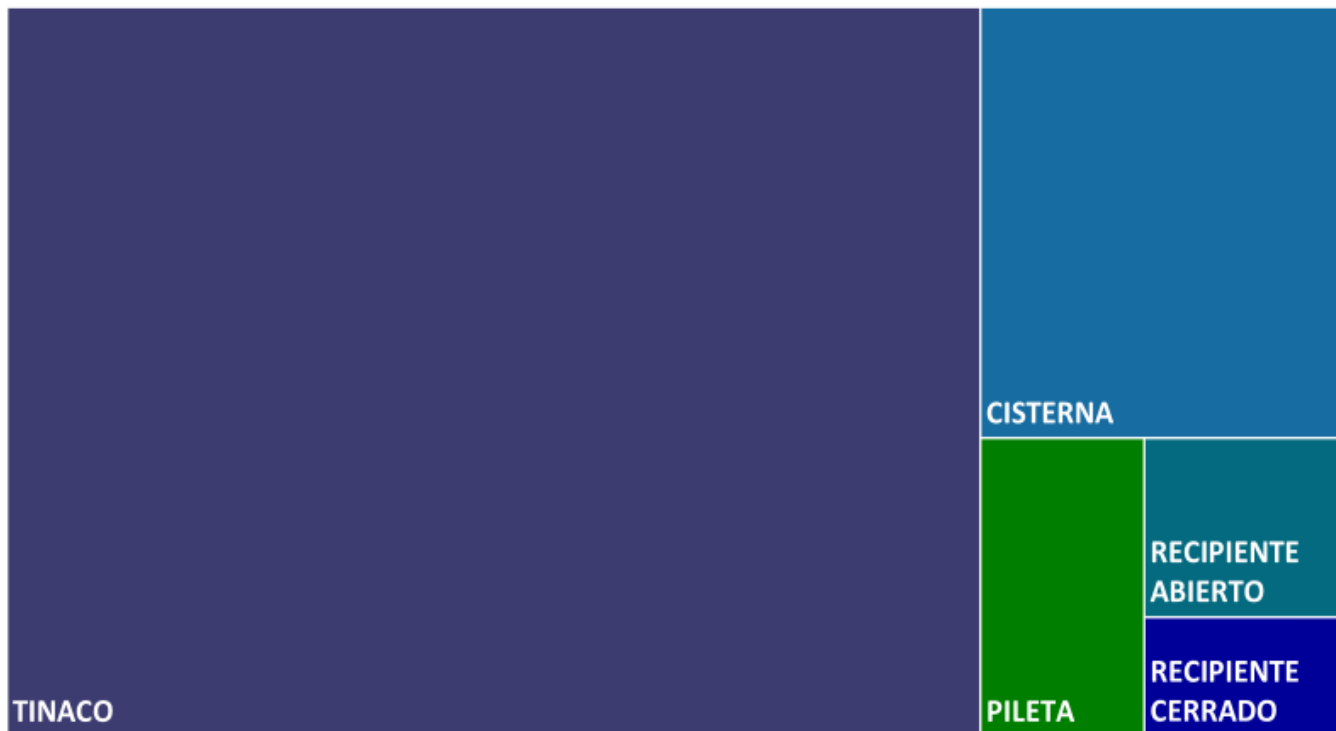
Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

9.1.5. Almacenamiento del agua

En la gráfica número 27 y en la tabla número 31, tenemos la manera en la que los pacientes encuestados almacenan el agua dentro de su vivienda siendo el tinaco el método que más porcentaje tuvo con 72.5% (58 pacientes) seguido por la cisterna con 16.25% (13 pacientes),

después se encuentra la pileta que representa al 5% (4 pacientes), el recipiente abierto representó al 3.75% (3 pacientes) y por último el recipiente cerrado con 2.5% (2 pacientes).

Gráfica 27. ¿De qué manera almacenan el agua en su casa?



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

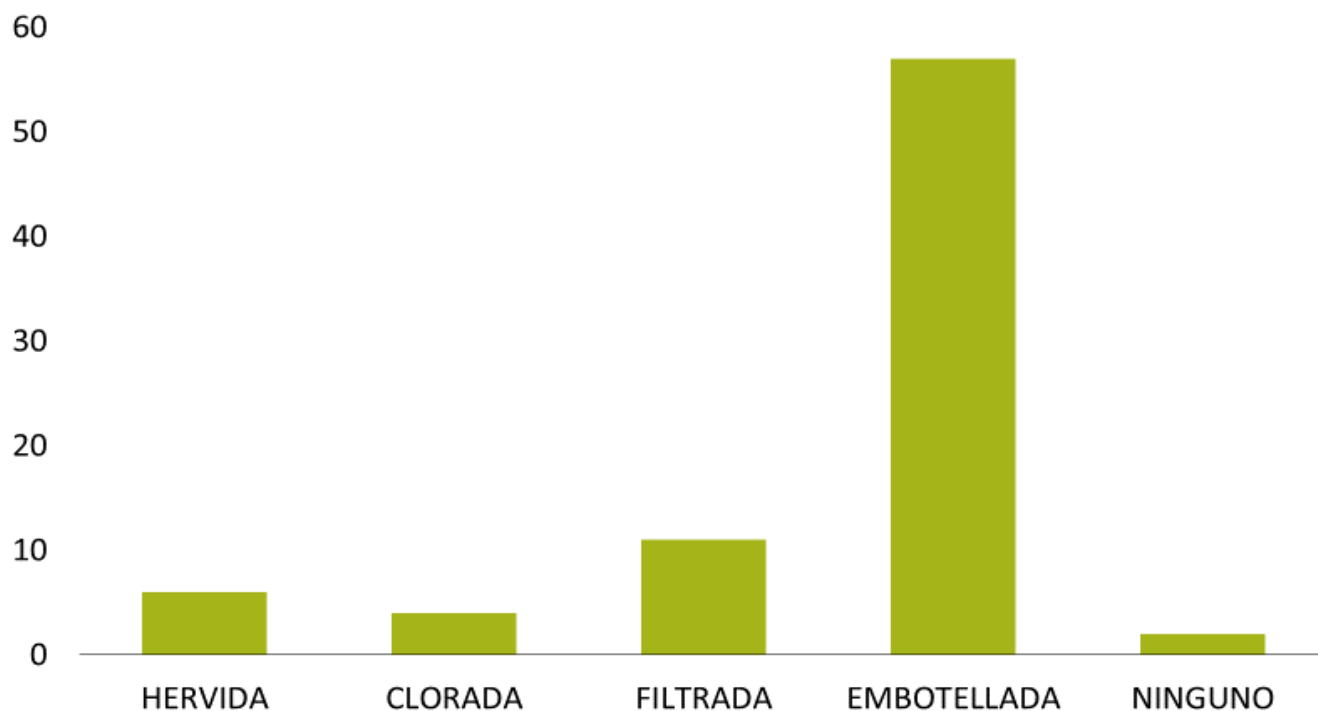
Tabla 31. ¿De qué manera almacenan el agua en su casa?

Método de almacenamiento	Cantidad de pacientes	%
Tinaco	58	72.5
Cisterna	13	16.25
Pileta	4	5
Recipiente abierto	3	3.75
Recipiente cerrado	2	2.5

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

9.1.6. Tratamiento para su consumo

Gráfica 28. *Qué tratamiento le da al agua para poder consumirla*



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 32. *Qué tipo de tratamiento le da al agua para su consumo*

Tratamiento	Cantidad de pacientes	%
Hervida	6	7.5
Clorada	4	5
Filtrada	11	13.75
Embotellada	57	71.25
Ninguno	2	2.5

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

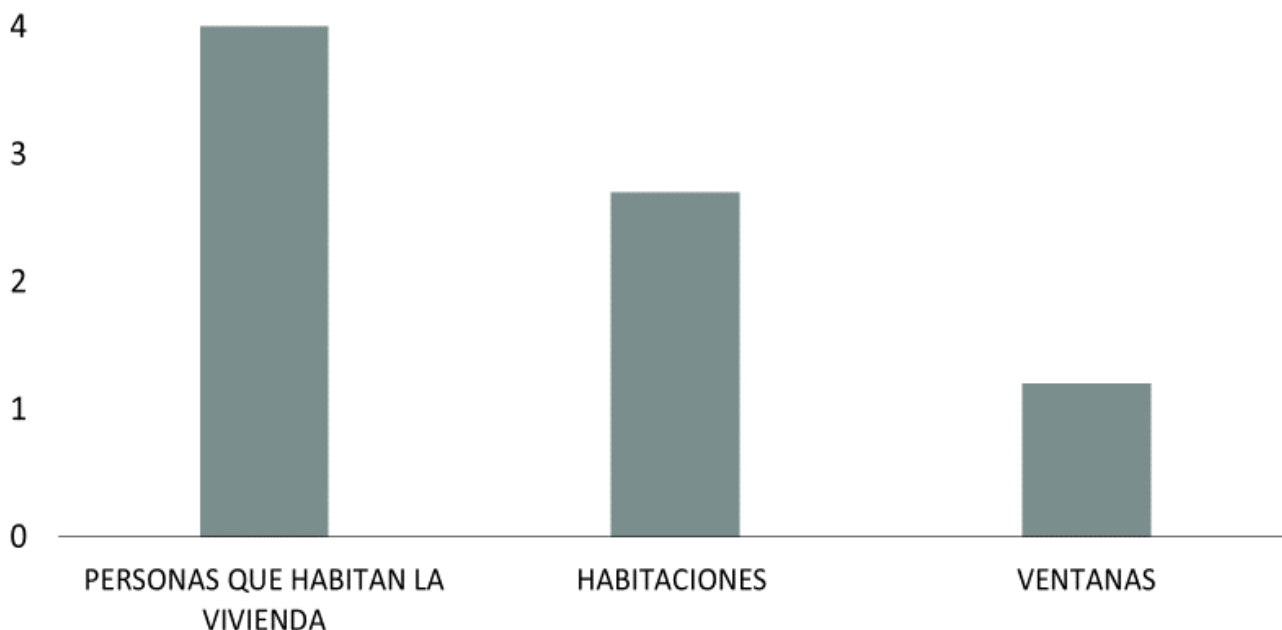
En la gráfica número 28 y en la tabla número 32, se puede ver el tratamiento que los pacientes le dan al agua para consumo, en primer lugar se encuentra el agua embotellada con un total de 57 pacientes que representan al 71.25%, en segundo lugar se encuentra la filtración con un total de 11 pacientes que representan al 13.75%, en tercer lugar se encuentra el agua hervida con un total de 6 pacientes quienes son el 7.5%, en cuarto lugar se encuentra la cloración con un total de 4 pacientes que representan al 5% y en último lugar

tenemos a los pacientes que no le dan ningún tipo de manejo siendo estos 2 quienes representan al 2.5%.

9.2. Vivienda

9.2.1. Personas, habitaciones y ventanas

Gráfica 29. Promedio de personas, habitaciones y ventanas



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 33. Promedio de personas, habitaciones y ventanas

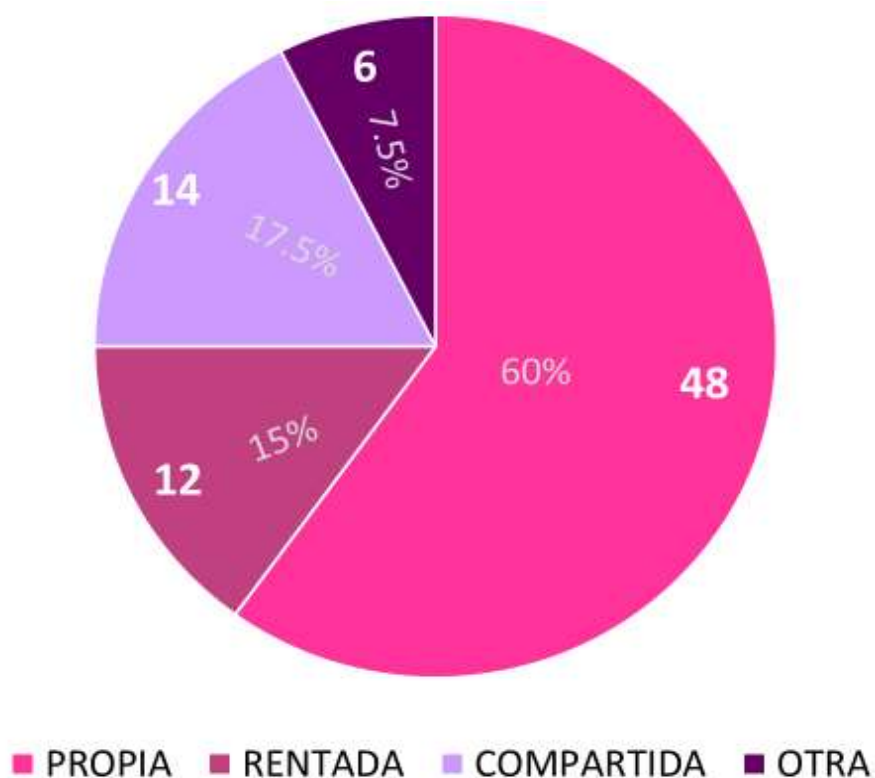
Condiciones de la vivienda	Promedio
Personas que habitan la vivienda	4
Habitaciones	2.7
Ventanas	1.2

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 29 y en la tabla número 33, podemos observar el promedio de las personas que habitan la vivienda siendo en promedio 4 personas, 13 personas fue el número máximo que se presentó y 1 persona fue el número mínimo que se registró. Por otro lado, tenemos el promedio de habitaciones en dicha vivienda siendo este de 2.7, nueve fue el máximo número de habitaciones mientras que 1 fue el número mínimo que se registró y por último tenemos el promedio de ventanas en la vivienda siendo este de 1.2, el máximo número de ventanas fueron tres y el mínimo número de ventanas fue uno.

9.2.2. Tenencia de la vivienda

Gráfica 30. La casa donde usted vive es



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 34. La vivienda donde usted habita es...

Tenencia	Cantidad	%
Propia	48	60
Rentada	12	15
Compartida	14	17.5
Otra	6	7.5

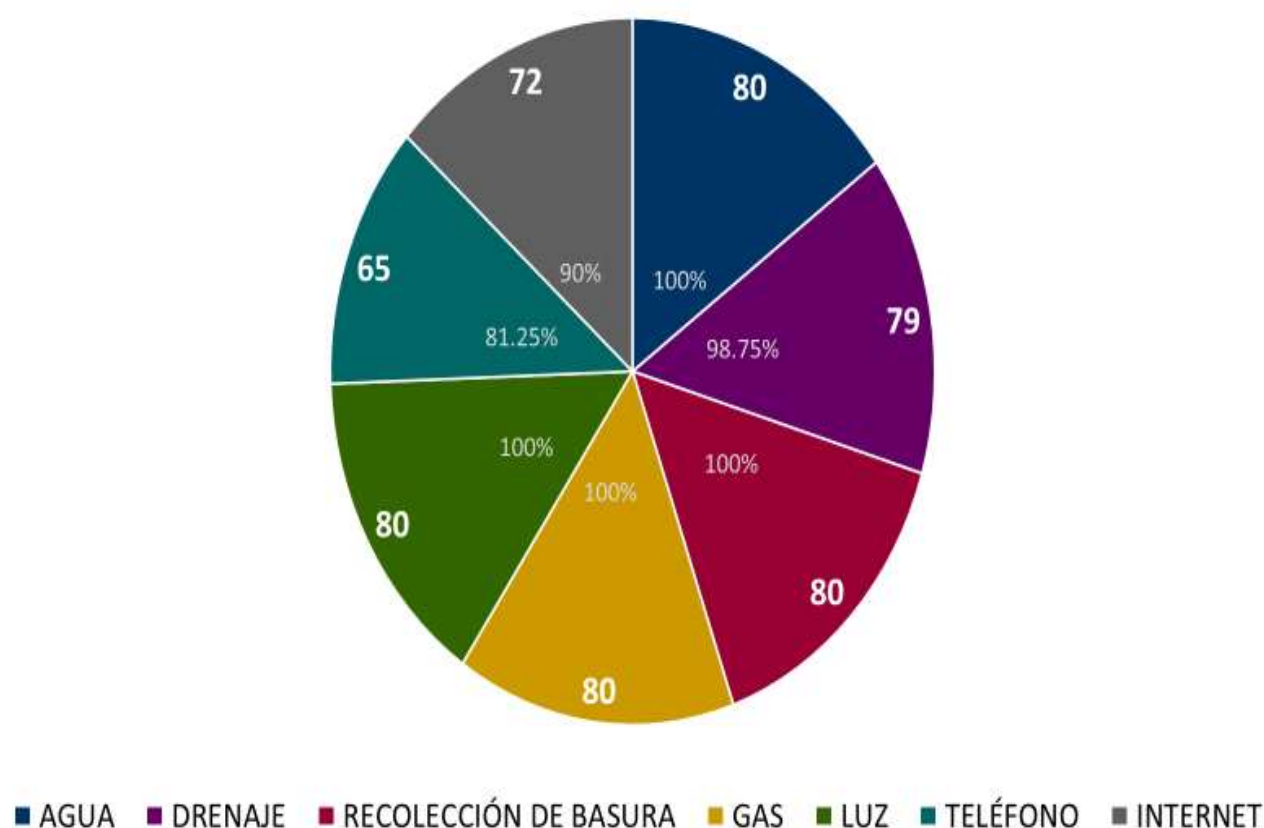
Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 30 y en la tabla número 34 , tenemos representada la tenencia de vivienda que refirieron los pacientes entrevistados, siendo tenencia propia la que mayor incidencia tuvo con 48 personas que representan al 60% de la población encuestada, en segundo lugar se encuentra la vivienda compartida que representa al 17.5% con un total de 14 personas, después tenemos la vivienda rentada la cual reportaron 12 pacientes quienes representan al 15% y por último está la opción de otra con 6 pacientes que representan al 7.5%.

9.2.3. Servicios con los que cuenta la vivienda

En la gráfica número 31 y en la tabla número 35, se muestran los servicios con los que cuentan las viviendas de los pacientes encuestados. Los servicios que el 100% de los pacientes tienen son: agua, recolección de basura, gas y luz; el 98.75% de la población (79 pacientes) refirió tener drenaje, por otro lado, el 90% (72 pacientes) menciona tener internet y por último el 81.25% (65 pacientes) refirió contar con teléfono.

Gráfica 31. Con qué servicios cuenta su vivienda



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 35. Con qué servicios cuenta su vivienda

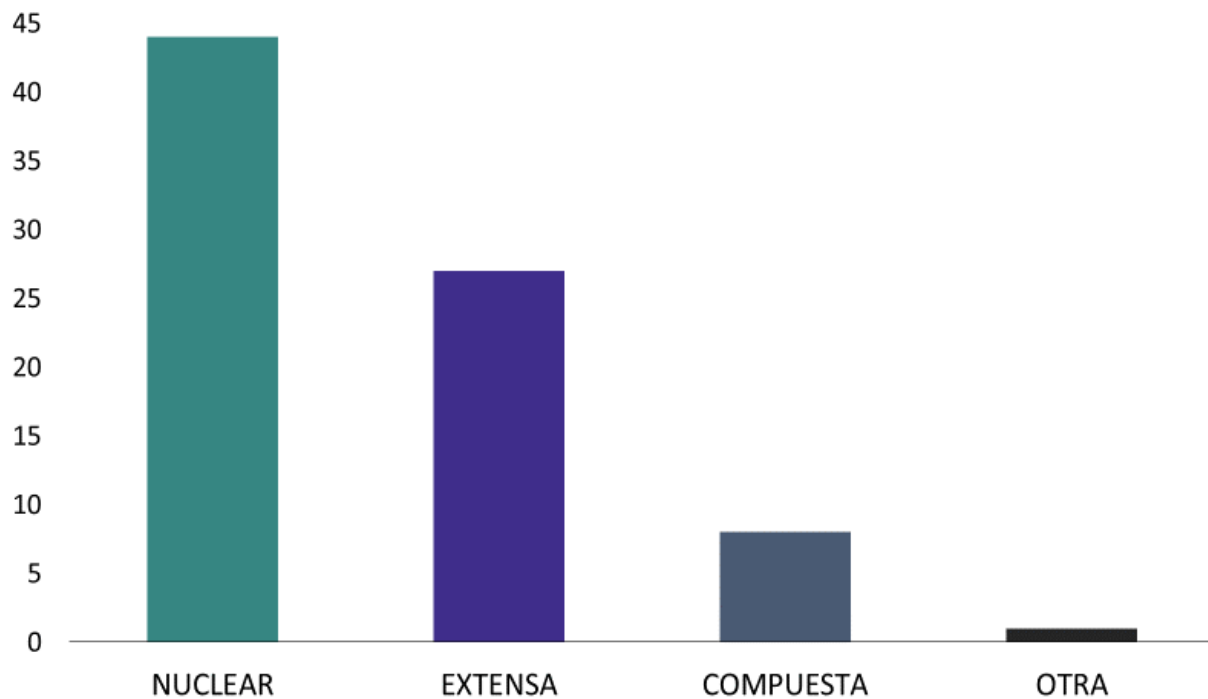
Servicio	Cantidad de pacientes	%
Agua	80	100
Drenaje	79	98.75
Recolección de basura	80	100
Gas	80	100
Luz	80	100
Teléfono	65	81.25
Internet	72	90

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

9.3. Dinámica familiar

9.3.1. Tipo de familia

Gráfica 32. ¿Qué tipo de familia tiene usted?



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 32 y en la tabla número 36, tenemos expresado el tipo de familia con quien viven los pacientes encuestados; en primer lugar, con 44 pacientes quienes representan al 55% tenemos a la familia nuclear, en segundo lugar, con 27 pacientes (33.75%) está la familia extensa, en tercer lugar, con 8 pacientes que equivalen al 10% está el tipo de familia compuesta y por último con 1 paciente quien representa al 1.25% esta otro tipo de familia.

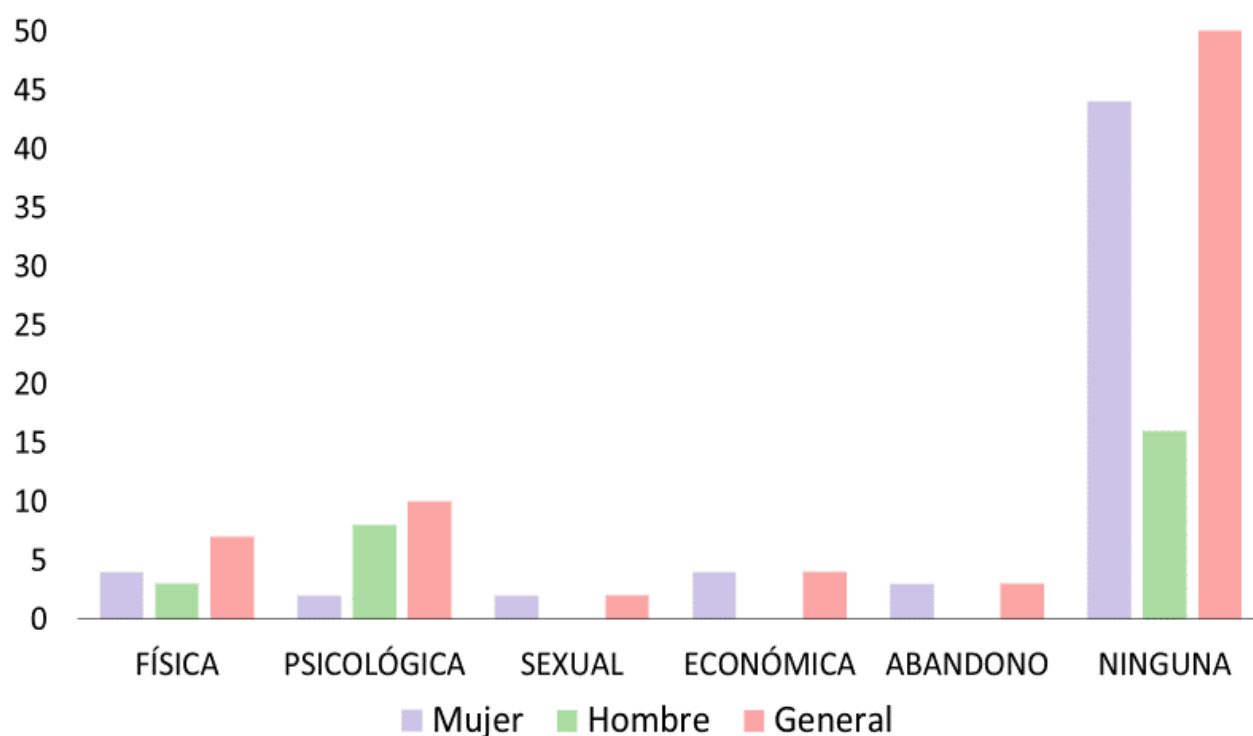
Tabla 36. ¿Qué tipo de familia tiene usted?

Tipo de familia	Cantidad de pacientes	%
Nuclear	44	55
Extensa	27	33.75
Compuesta	8	10
Otro	1	1.25

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

9.3.2. Violencia familiar

Gráfica 33. *Alguna vez ha sufrido violencia familiar, de qué tipo*



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 37. *Alguna vez ha sufrido violencia familiar, de qué tipo.*

Tipo de violencia	Mujer	Hombre	General	%
Física	4	3	7	8.75
Psicológica	2	8	10	12.5
Sexual	2	0	2	2.5
Económica	4	0	4	5
Abandono	3	0	3	3.75
Ninguna	44	16	60	75

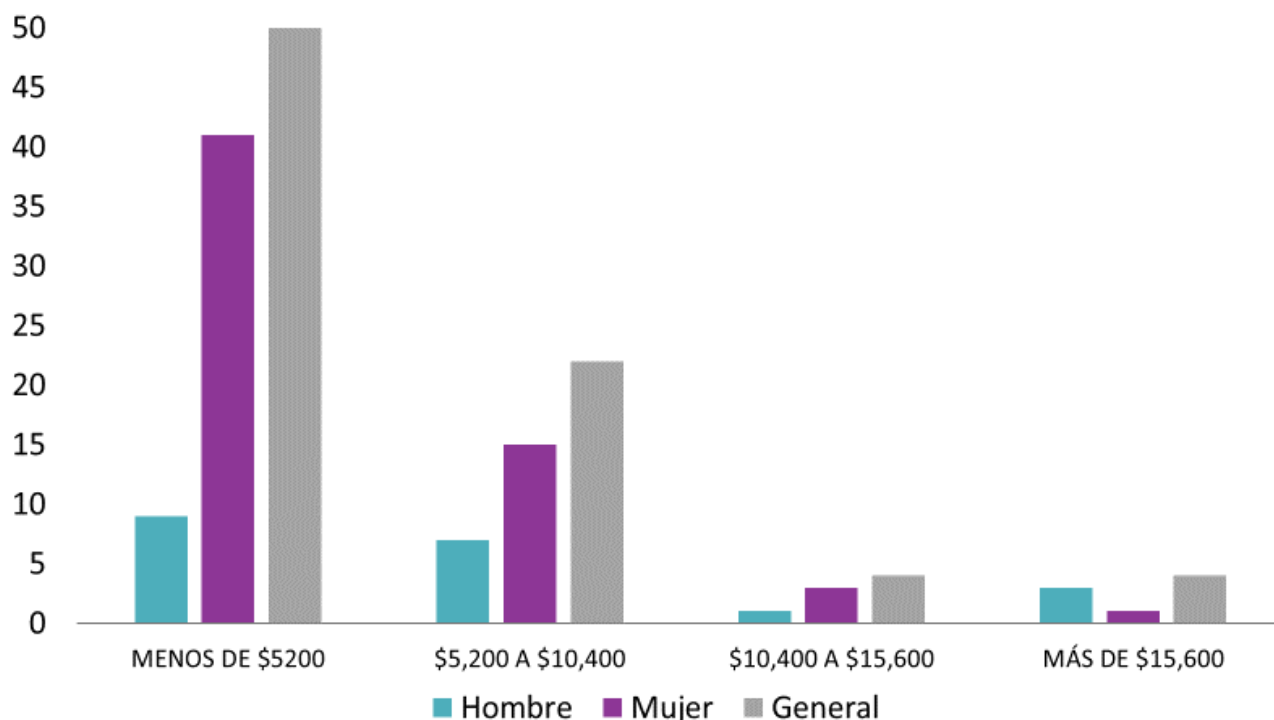
Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 33 y en la tabla número 37, tenemos representado si los pacientes han sufrido algún tipo de violencia familiar y de ser así: ¿qué tipo de violencia fue? En primer lugar, tenemos a las personas que no han sufrido ningún tipo de violencia quienes representan al 75% con un total de 60 pacientes (44 mujeres y 16 hombres), después tenemos a la violencia psicológica con 10 pacientes (2 mujeres y 8 hombres), quienes representan al 12.5%, seguido de esta se encuentra la violencia física con 7 pacientes (4 mujeres y 3 hombres), quienes son el 8.75%, después está la violencia económica con un total de 4 pacientes; todas ellas mujeres quienes representan al 5% de la población que

refirió haber sufrido violencia, la violencia de tipo abandono se encuentra después con 3 mujeres que representan al 3.75% y por último se encuentra la violencia sexual con un total de 2 mujeres quienes representan al 2.5% el total encuestado.

9.3.3. Ingreso familiar

Tabla 34. A cuánto asciende el ingreso mensual familiar promedio.



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Tabla 38. A cuánto asciende el ingreso mensual familiar promedio

Ingreso mensual familiar	Hombre	Mujer	General	%
Menos de \$5,200	9	41	50	62.5
\$5,200 a \$10,400	7	15	22	27.5
\$10,400 a \$15,600	1	3	4	5
Más de \$15,600	3	1	4	5

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

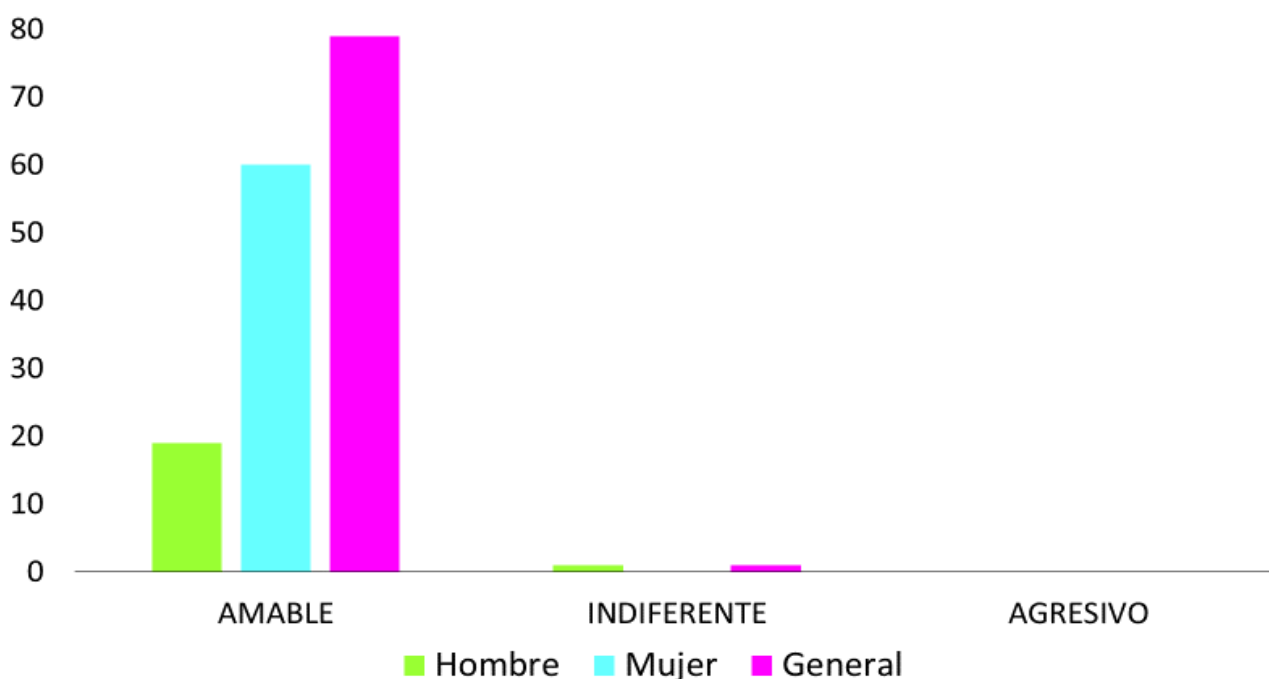
En la gráfica número 34 y en la tabla número 38, se encuentra expresado el ingreso mensual familiar de los pacientes encuestados, en primer lugar tenemos menos de \$5,200 pesos con un total de 50 personas (9 hombres y 41 mujeres), quienes representan al 62.5%, en segundo lugar tenemos el ingreso de \$5,200 a \$10,400 pesos mensuales con un total de 22

personas (7 hombres y 15 mujeres) que representan al 27.5%, después se encuentra el ingreso mensual de \$10,400 a \$15,600 pesos con un total de 4 personas (3 mujeres y 1 hombre) siendo estos el 5% del total; en el mismo puesto, está el ingreso de más de \$15,600 pesos mensuales con un total de 4 personas (3 hombres y 1 mujer) que así mismo representan al 5%.

9.4. Trato al paciente dentro del CST-III Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades

9.4.1. Calidad de trato recibido

Gráfica 35. *Cómo considera usted que ha sido el trato recibido en el Centro de Salud*



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 35 y en la tabla número 39, podemos observar cómo consideran los pacientes que ha sido el trato recibido en el Centro de Salud, el 98.75% (19 hombres y 60 mujeres) considera que ha sido un trato amable, el 1.25% (1 hombre), considera que ha sido un trato indiferente y ningún paciente considera que ha recibido trato agresivo dentro del Centro de Salud.

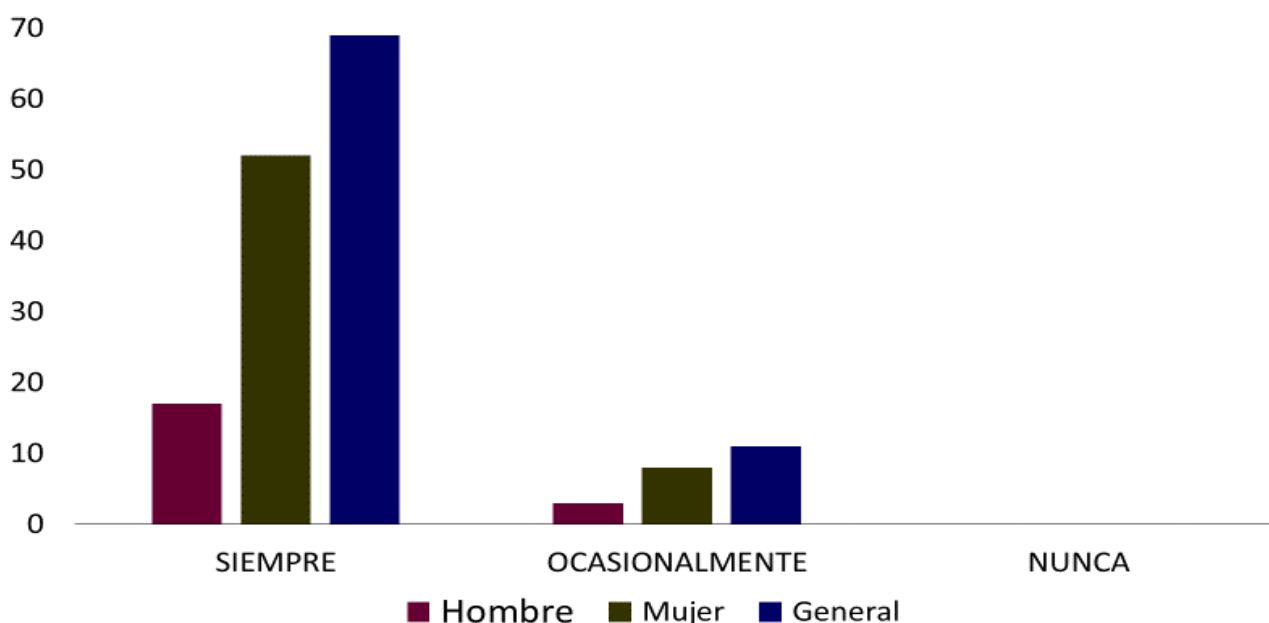
Tabla 39. *Cómo considera usted que ha sido el trato recibido en el Centro de Salud*

Trato recibido	Hombre	Mujer	General	%
Amable	19	60	79	98.75
Indiferente	1	0	1	1.25
Agresivo	0	0	0	0

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

9.4.2. Capacidad de solución de problemas

Gráfica 36. *Usted considera que se les ha dado solución a sus problemas dentro del Centro de*



Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

Salud.

Tabla 40. *Usted considera que se les ha dado solución a sus problemas dentro del CS*

Solución de problemas	Hombre	Mujer	General	%
Siempre	17	52	69	86.25
Ocasionalmente	3	8	11	13.75
Nunca	0	0	0	0

Fuente: base de datos de la población encuestada del CST III Dr. Salvador Allende

En la gráfica número 36 y en la tabla número 40, podemos apreciar si los pacientes consideran que se les ha dado solución a sus problemas dentro del Centro de Salud, en primer lugar, tenemos: siempre con un total de 69 pacientes (52 mujeres y 17 hombres) quienes representan al 86.25%, después tenemos, ocasionalmente con un total de 11

pacientes (3 hombres y 8 mujeres) quienes son el 13.75%, en este caso nadie consideró que nunca se les ha dado solución a sus problemas.

10. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En total se aplicaron 80 cédulas a la población que asiste al CST III Dr. Salvador Allende, de estas 80 personas encuestadas, 60 eran mujeres con un promedio de edad de 41.67 años, que representan al 75% de la muestra y 20 personas fueron hombres con un promedio de edad de 39.85 años, quienes representan al 25% de la muestra; el promedio de edad general fue de 41 años.

En cuanto a los grupos etarios respecta: el grupo de 0 a 9 años estuvo conformado por 3 personas, 2 mujeres y 1 hombre quienes representan al 3.75% del total encuestado, el grupo etario de 10 a 19 años estuvo conformado por 6 personas de las cuales dos fueron hombres y cuatro mujeres quienes en total representan al 7.5% del total encuestado, el grupo etario de 20 a 59 años se conformó por 58 encuestados de los cuales 14 fueron hombres y 44 mujeres siendo este grupo el que mayor porcentaje dentro de la muestra tuvo siendo este el 72.5% y por último el grupo de 60 años y más se integró por 13 personas de las cuales 3 eran hombres y 10 mujeres teniendo este grupo al 16.25% del total de la muestra.

En cuanto a características demográficas de la población respecta, el 5% de la población encuestada refirió ser analfabeta, así como otro 5% refirió tener como grado máximo de estudios el preescolar, el 7.5% refirió tener primaria terminada, el 23.75% tiene secundaria terminada, el 37.5% refirió tener bachillerato terminado como máximo grado de estudio, 3.75% son técnicos mientras que 15% menciono tener licenciatura y únicamente el 2.5% refirió tener posgrado. En cuanto a la ocupación se refiere; el 28.75% de la población refirió ser empleado siendo 16 mujeres y 7 hombres, el 27.5% se dedica al hogar siendo 22 mujeres y ningún hombre los que se dedican a esto, el 15% refirió ser estudiante mientras que el 11.25% trabaja por su cuenta, el 6.25% se dedica al comercio, el 5% refirió estar en situación de desempleo siendo 2 hombres y 2 mujeres, el 2.5% de la población encuestada es jubilada y el 2.5% es menor de 6 años y no tiene ocupación, por último el 1.25% refirió no tener ocupación y ser mayor de 6 años. En cuanto al estado civil, el 43.75% es soltero, el 32.5% casado, el 12.5% vive en unión libre, mientras que el 3.75% está separado, el otro 3.75% divorciado y por último el 3.75% mencionó ser viudo. En cuanto a entidad de nacimiento, el 81% de la población encuestada nació en Ciudad de México, mientras que el resto nació en

diversos estados de la república como Oaxaca, Guanajuato, Estado de México, Guerrero entre otros.

En temas de salud, el 80% de los encuestados tienen gratuidad como derechohabiente mientras que el 18.75% refirió ser derechohabiente del IMSS, únicamente el 1.25% refirió tener Seguro de Gastos Médicos Mayores. El 87.5% de la población menciona sí tener Cartilla Nacional de Salud mientras que el 12.5% refirió no tenerla.

El 100% de los encuestados que forman parte del grupo etario de 0 a 9 años fueron atendidos por profesionales de la salud al momento de su nacimiento así mismo al 100% se les realizó el tamiz neonatal en los primeros 5 días de vida, este mismo porcentaje recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; también el 100% de este grupo recibió control del niño sano y exploración de la función visual y auditiva; el 66.67% recibió evaluación y vigilancia nutricional, uso de hierro y vitamina A así como desparasitación intestinal y estimulación temprana.

El 83.3% de los integrantes del grupo etario de 10 a 19 años refirió acudir a unidades de salud por lo menos dos veces al año, este mismo porcentaje refirió que en el último año ha recibido orientación alimentaria así como orientación sobre derechos sexuales, reproductivos y prevención de infecciones de transmisión sexual, el 66.7% refirió haber recibido el último año orientación sobre uso de anticonceptivos y haber realizado actividad física, el 33.3% recibió evaluación y vigilancia nutricional así como desparasitación en el último año, el 50% de este grupo recibió control del embarazo en el último año y por último, el 16.7% de este grupo utilizó hierro y/o ácido fólico este año.

El 88.6% de las mujeres del grupo etario de 20 a 59 años refirieron acudir por lo menos dos veces al año a unidades de salud, el 84.1% refirió mínimo una detección de diabetes mellitus al año, el 75% recibió exploración clínica mamaria así como detección de hipertensión arterial, y el 70.5% mencionó haberse tomado citología por lo menos cada 3 años, el 61.4% hizo referencia a tener detección de dislipidemias dos veces al año; mientras que el 56.8% de este grupo refirió el uso de métodos anticonceptivos en el último año, 52.35% ha recibido orientación sobre VIH/SIDA e ITS, el 54.5% de este grupo se ha realizado mastografía una vez al año, el 47.7% comentó realizar actividad física con regularidad, el 34.1% ha recibido

evaluación y vigilancia nutricional el último año, por último el 22.7% ha recibido control del embarazo, el 20.5% tuvo atención del parto en un hospital / clínica.

En cuanto a los varones del grupo etario de 20 a 59 años, el 64.3% refirieron acudir por lo menos dos veces al año a unidades de salud, así como haber tenido detección de diabetes mellitus dos veces al año, por otro lado el 57.1% ha tenido detecciones de hipertensión arterial en el último año, el 42.9% refirió haber recibido evaluación y vigilancia nutricional así como orientación y prevención de VIH/SIDA e ITS, el 35.7% ha recibido en el último año orientación sobre métodos anticonceptivos, el 28.6% ha recibido orientación alimentaria y el 21.4% refirió realizar actividad física con regularidad y haberse realizado antígeno prostático en el último año por último únicamente el 7.1% ha tenido exploración clínica de próstata cada dos años.

El 92.3% de los usuarios de 60 años y más refirió dos detecciones de diabetes mellitus dos veces al año, el 76.9% ha tenido dos detecciones de dislipidemias en el último año, el 69.2% refirió acudir por lo menos dos veces al año a unidades de salud así como toma de antígeno prostático cada dos años, el 61.5% se ha realizado exploración de próstata cada 2 años, al 53.8% se les ha hecho detección de hipertensión por lo menos dos veces al año, el 46.2% ha recibido evaluación y vigilancia nutricional así como orientación sobre menopausia / andropausia, el 38.5% de este grupo ha recibido exploración mamaria mínimo cada dos años, el 30.8% ha recibido orientación alimentaria por un profesional de la salud, el 23.1% refiere haber realizado actividad física con regularidad así como toma de citología por lo menos cada tres años, por último únicamente el 7.7% refirió realizarse la mastografía cada dos años.

El 47.5% de la población general acude a la clínica para la revisión y seguimiento de otros padecimientos como serían las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino, fracturas óseas, artritis, infecciones vaginales por mencionar algunos, el 40% refiere haber acudido por infecciones respiratorias agudas (IRAs), el 27.5% ha acudido por caries, el 25% acudió para manejo de enfermedades diarreicas agudas (ERAs) el 22.5% ha estado en manejo para la obesidad, el 21.5% ha acudido por presentar infección de vías urinarias (IVUs), el 18.75% refirió acudir por úlceras y/o gastritis, el 16.25% acudió para manejo de depresión y de hipertensión arterial sistémica, y por último, el 15% recibió manejo para dislipidemias. El 33.33% de los pacientes del grupo de 0 a 9 años han acudido por IRAs, EDAs e IVUs

mientras que del grupo de 10 a 19 años el 50% ha acudido por IRAs; el 33.33% por IVUs y depresión y el 16.67% por EDAs, úlceras y/o gastritis, obesidad, caries y otros padecimientos. En el grupo de 20 a 59 años el 50% ha acudido por otros padecimientos, el 46.55% por IRAs, el 27.59% por EDAs, el 25.86% por caries, el 24.14% por obesidad, mientras que el 20.69% por IVUs, por otro lado, el 17.24% ha acudido por depresión y úlceras y/o gastritis, el 12.075% ha acudido a manejo para dislipidemias y el 10.34% para manejo de hipertensión arterial. En el grupo de 60 años y más el 53.85% ha asistido a manejo y control de hipertensión arterial, el 46.15% ha asistido por caries y otros padecimientos, el 38.46% ha estado en manejo de dislipidemias y el 23.08% en manejo de obesidad, el 15.38% ha asistido por IVUs y EDAs, por último, el 7.69% ha acudido a manejo de depresión.

El 16.25% de la población que refirió tener alguna adicción refirió ser adicto a la televisión, videojuegos y/o celular mientras que el 11.25% refirió ser adicto a los refrescos y/o comida chatarra, el 6.25% de los pacientes que refirieron tener alguna adicción, menciono ser adicto al tabaco y por último el 2.5% refirió ser adicto al alcohol, a las drogas o a otras cosas.

El 91.25% de la población encuestada refirió no padecer ningún tipo de discapacidad mientras que el 7.5% refirió padecer discapacidad motora, el 2.5% discapacidad auditiva y el 1.25% discapacidad mental.

En cuanto al tiempo disponible para la recreación el 92.5% de la población refirió sí tenerlo mientras que el 7.5% refirió no tener tiempo libre. De los que mencionaron si tener tiempo el 63.51% refirió utilizarlo en la televisión, el 56.76% en cosas relacionadas al arte (cine, teatro, etc.), el 41.89% lo usa yendo al parque, el 25.68% lo utiliza para hacer ejercicio y por último el 12.16% refiere lo utilizarlo en otras actividades recreativas.

En condiciones de la vivienda, el 98.75% de la población encuestada cuenta con baño, mientras que únicamente el 1.25% refirió utilizar letrina como medio de eliminación de excretas. El 97.5% de la población a la que se le aplico la cédula cuenta con llave intradomiciliaria para la disposición del agua mientras que el 2.5% recibe el agua por medio de pipa, en cuanto al mecanismo de almacenamiento; el 72.5% refirió contar con tinaco, el 16.25% con cisterna, el 5% utiliza pileta, el 3.75% la almacena en recipiente cerrado y únicamente el 2.5% la almacena en recipiente abierto. En cuanto al manejo que se le da para su consumo el 71.25% refirió consumir agua embotellada, el 13.75% refirió utilizar

mecanismos de filtración; por otro lado, el 7.5% la hierve y el 5% consume agua clorada por último el 2.5% no le da ningún manejo al agua para su consumo.

En cuanto a características en la vivienda respecta, en la tenencia de la vivienda el 60% refirió que la casa donde habitan es propia, el 17.5% comparte la vivienda con alguien más, el 15% refirió rentar y el 7.5% refirió otras opciones como podría ser una vivienda prestada. El promedio de personas que habitan la misma vivienda es de cuatro siendo nueve el número máximo número de habitantes; el promedio de habitaciones por vivienda es de 2.7 y el de ventanas es de 1.2, ningún encuestado refirió no contar con ventilación en su casa, el 100% de las viviendas cuentan con agua, gas, luz y recolección de basura, el 98.75% de las personas cuentan con drenaje mientras que el 90% tiene acceso a internet dentro de su vivienda, el 81.25% refirió contar con línea telefónica fija.

En el tema de la dinámica familiar, el 55% de la población encuestada forma parte de una familia nuclear, el 33.75% forma parte de una familia extensa, el 10% de una compuesta y únicamente el 1.25% vive en otro tipo de familia. Con respecto a la violencia familiar el 75% de la población refirió que no sufre ningún tipo de violencia, el 12.5% refirió que ha sufrido violencia psicológica, el 8.75% violencia física, el 5% refirió haber sufrido violencia económica, el 3.75% alguna vez ha sufrido abandono como forma de violencia familiar y por último el 2.5% refirió haber sido víctima de violencia sexual. El 62.5% de los encuestados hizo mención que el ingreso familiar mensual es de menos de \$5,200, el 27.5% mencionó tener un ingreso entre \$5,200 y \$10,400, el 5% de la población hizo mención a tener ingresos de \$10,400 a \$15,600 y por último el 5% tienen ingresos mensuales de más de \$15,600.

En cuanto al trato que los pacientes han recibido por parte del personal del CST III. Dr. Salvador Allende, el 98.75% consideró que el trato ha sido amable, el 1.25% refirió haber recibido un trato indiferente y nadie refirió un trato agresivo, con respecto a la capacidad de solucionar problemas por parte del personal del centro de salud; el 86.25% hizo mención que siempre le han sido solucionado sus problemas, mientras que el 13.75% mencionó que ocasionalmente le han sido resueltos y del total encuestado; nadie refirió que nunca le han sido solucionados sus problemas.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las encuestas realizadas reflejan que la mayoría de los encuestados depende de servicios de salud gratuitos, lo que subraya la importancia de garantizar la calidad de la atención médica en estas instalaciones. Además, existe una alta incidencia de enfermedades crónicas en el grupo de 20 a 59 años, que representa la mayoría de la población encuestada, resaltando la necesidad de implementar medidas preventivas y de manejo efectivo para abordar estas afecciones y promover un enfoque de atención de salud integral y sostenible para los usuarios del CST III Dr. Salvador Allende.

Dentro del análisis se identificó que la población encuestada acude a consulta por una gran variedad de enfermedades tanto crónicas como infecciosas, resaltando la hipertensión arterial sistémica como la que más se presenta; cabe destacar que dentro de la pregunta “usted considera que tiene alguna adicción, de ser así, a qué se considera adicto”, los videojuegos y la televisión fueron los más comunes, seguidos por el consumo de refrescos y comida chatarra; lo cual, permite extrapolar que la población no posee hábitos saludables en cuanto a alimentación y ejercicio. También se encontró que la mayoría de la población encuestada, a pesar de tener tiempo disponible para la recreación, no utiliza dicho tiempo para realizar actividad física, por el contrario, regularmente lo utilizan en pasatiempos que favorecen una vida sedentaria.

Con base en los datos recopilados, se lograron identificar dos áreas de oportunidad importantes en cuanto a los servicios de salud ofertados por el CST III Dr. Salvador Allende: la detección oportuna de enfermedades crónicas, y la promoción de estilos de vida saludable. Actualmente existen programas de detección y seguimiento de enfermedades crónicas ofertados a la población adscrita, así como grupos de apoyo cuyo objetivo gira alrededor de la mejor educación a los pacientes, sin embargo, hace falta una mayor promoción y ayuda en la eliminación de estigmas sobre actividad física y vida saludable.

Por lo comentado anteriormente, recomendamos fomentar los estilos de vida saludable, promoviendo la eliminación de hábitos perjudiciales para la salud como tabaquismo, alcoholismo, consumo de comida chatarra y refrescos y vida sedentaria, ofreciendo orientación sobre estilos de vida saludables, principalmente alimenticios y de actividad física de fácil realización, sin requerir grandes esfuerzos económicos.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. S.A. (S.A.). ¿Cómo define la OMS la salud? Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 03/06/2023 de: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
2. Secretaría de Desarrollo Económico. Población Nacional. Censo de Población y Vivienda 2020. Recuperado de: <https://www.sedeco.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/resultados-del-censo-pob-y-viv-2020-1.pdf>
3. S.A. (S.A.) El sistema de salud mexicano, una historia de casi 60 años. Salud, Gaceta de Comunicación Interna publicada por la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud, (10702), Recuperado el 02 de junio del 2023 de: http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html#:~:text=Nuestro%20sistema%20de%20salud%20tiene,los%20Institutos%20Nacionales%20de%20Salud.
4. S.A. (2002). Perfil del Sistema de Servicios de Salud México. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1-24. Recuperado el 02 de junio del 2023 de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf
5. Instituto nacional de geografía y estadística. Población. Recuperado el 02 de junio del 2023 de: <https://inegi.org.mx/>
6. Panorama sociodemográfico de la Ciudad de México 2020. INEGI. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197827.pdf
7. Secretaría de Salud. Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica. México. Dirección General de Epidemiología. Recuperado el 16 de octubre de 2023. Disponible en: https://www.sinave.gob.mx/SUAVE/inicio_sesion.aspx
8. S.A. (2021). Agenda Estadística 2021. Gobierno de la Ciudad de México. Secretaria de Salud de la Ciudad de México. 1-274. Recuperado el 02 de junio del 2023 de: <https://salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Agenda%202021.pdf>
9. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Servicios de Salud Pública. Jurisdicción Sanitaria Coyoacán (Sin fecha). Unidades de Atención a la Salud J.S. Coyoacán. Recuperado el 31 de mayo del 2023 de: <https://saludcoyoacan.com>
10. Consejo de evaluación del desarrollo social. Estadísticas sociodemográficas de Coyoacán. Gobierno de la Ciudad de México. Encuesta Intercensal 2015. Recuperado el 11 de octubre del 2023 de: https://evalua.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/files/Estudios/Estadisticas/doc_COY_10_15.pdf
11. Sistema de Consulta de Integración Territorial. (SCITEL). Instituto Nacional de geografía y estadística. Recuperado el 16 de octubre del 2023 de: <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=10>
12. Mapa topográfico de Coyoacán, altitud y relieve. Topographic map. Recuperado el 16 de octubre del 2023 de: <https://es-mx.topographic-map.com/map-5rcm2/Coyoac%C3%A1n/>
13. Coyoacán. Demarcación territorial. Naturalista. Recuperado el 16 de octubre del 2023 de: <https://www.naturalista.mx/places/wikipedia/Delegaci%C3%B3n%20Coyoac%C3%A1n>
14. El clima y el tiempo promedio en todo el año en Coyoacán. Weather Spark. Recuperado el 16 de octubre de 2023 de: <https://es.weatherspark.com/y/5670/Clima-promedio-en-Coyoac%C3%A1n-M%C3%A9xico-durante-todo-el-a%C3%B1o>

10.1 Imágenes

Imagen 1: <https://www.sedeco.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/resultados-del-censo-pob-y-viv-2020-1.pdf>

Imagen 2: Agenda estadística 2021 cuadro 6.2

Imagen 3: https://saludcoyoacan.com/index.html#Mapa_

Imagen 4: <https://saludcoyoacan.com/>

Imagen 5: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/coyoacan?redirect=true#population-and-housing>

Imagen 6: Fuente:

<https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/coyoacan?redirect=true#population-and-housing>

11. ANEXOS

Cédula aplicada a la población.

CÉDULAS DIAGNÓSTICO DE SALUD 2023-2024

FOLIO: _____ NOMBRE DE LA UNIDAD: CST III DR. SALVADOR ALLENDE CON CLÍNICA DE ESPECIALIDADES

COLONIA: _____ FECHA: _____ AGEN: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO DE LA VIVIENDA: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

1. DATOS DEMOGRÁFICOS	
1 SEXO	
2 IDENTIDAD DE GÉNERO	
3 ESCOLARIDAD	
4 ESTADO CIVIL	
5 OCUPACIÓN	
6 ACCESO SERVICIO DE SALUD	
7 CARTILLA NACIONAL DE SALUD	

2. DATOS DE SALUD	
8 0 - 9 AÑOS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
9 10 - 19 AÑOS	
10 MUJERES 20 - 59 AÑOS	
11 HOMBRES 20 - 59 AÑOS	
12 60 Y MÁS AÑOS	
13 ADICCIONES	
14 DISCAPACIDAD	
15 PADECIMIENTOS EN EL ÚLTIMO AÑO	

3. VIVIENDA	
1. ¿Cuántas personas viven ahí?	
2. ¿Cuántas habitaciones tiene?	
3. Número de ventanas por habitación	
3.1 Tenencia de la Vivienda	
1. Propia	
2. Rentada	
3. Compartida con otra familia	
4. Otra	

4. ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS	
1. Agua entubada	
2. Drenaje	
3. Camión recolector de basura	
4. Gas	
5. Luz eléctrica	
6. Teléfono	
7. Internet	
8. Ninguno	

5. DISPOSICIÓN DE AGUA	
1. Llave intradomiciliaria	
2. Hidrante público	
3. Pipo	
5.1 Almacenamiento del agua	
1. Tinaco	
2. Cisterna	
3. Pileta	
4. Tinaco	
5. Recipiente cerrado	
6. Recipiente abierto	
5.2 Tratamiento para consumo	
1. Hervida	
2. Cocorada	
3. Filtrada	
4. Embotellada	
5. Ninguno	

6. ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	
1. Baño	
2. Letrina	
3. Ras del suelo	
4. Otros	

7. DINÁMICA FAMILIAR	
7.1 Tipo de familia	
1. Nuclear	
2. Extensa	
3. Compuesta	
4. Otra	
7.2 Violencia familiar	
1. Física	
2. Psicológica	
3. Sexual	
4. Económica	
5. Abandono	
6. Ninguna	
7. Otra	

8. INGRESO ECONÓMICO MENSUAL	
1. Menos de \$5,200	
2. De \$5,200 a \$10,400	
3. De 10,400 a \$15,600	
4. Más de \$15,600	

9. TIEMPO PARA LA RECREACIÓN	
Si	
1. Ejercicio	
2. Parque	
3. Artes (cine, teatro etc)	
4. T.V / videojuegos	
5. Otros	
No	

10. TRATO QUE HA RECIBIDO EN LA CLÍNICA	
1. Amable	
2. Indiferente	
3. Agresivo	

11. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN LA CLÍNICA	
1. Siempre	
2. Ocasionalmente	
3. Nunca	

1	1. Femenino 2. Masculino
2	1. Femenino 2. Masculino 3. Otra
3	1. Analizada 2. Sabo leer y escribir 3. Preescolar 4. Primaria 5. Educación especial 6. Secundaria 7. Bachillerato 8. Carrera técnica 9. Licenciatura 10. Posgrado
4	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Separado 5. Divorciado 6. Viudo
5	1. Obrero 2. Ejecutor 3. Comerciante 4. Campesino 5. Jubilado 6. Estudiante 7. Hogar 8. Desempleado > 18 años 9. Trabajo por mi cuenta 10. Trabajador informal < 12 años 11. Trabajador juvenil de 12 a 18 años 12. Ninguno < 6 años 13. Ninguno > 6 años o más
6	1. Secretaría de Salud 2. IMSS 3. COSSITE 4. PEMEX 5. MARINA 6. SEDEMA 7. Seguro médico 8. Otros
7	1. S 2. No
8	1. Atención al hacer por profesionales de la salud 2. Tanto neonatal ampliado en los primeros 3 días de vida 3. Control del año sano 4. Exploración función visual 5. Exploración función auditiva 6. Lactancia materna en mejores de 6 meses 7. Evaluación y vigilancia del estado nutricional 8. Uso de hierro y vitamina A 9. Desparasitación intestinal 10. Estimulación temprana actividad física

9	1. Acude a unidades de salud 2 veces al año 2. Orientación alimentaria 3. Hemodiálisis 4. Evaluación y vigilancia nutricional 5. Desparasitación 6. Actividad física 7. Orientación derechos sexuales y reproductivos y prevención de ITS 8. Uso de anticonceptivos 9. Control de embarazo
10	1. Acude a unidades de salud 2 veces al año 2. Orientación alimentaria 3. Hemodiálisis 4. Evaluación y vigilancia nutricional 5. Exploración mamaria cada 2 años 6. Mastografía cada 2 años después de los 40 7. Papincolau 3 años después de los 25 años 11. Control de embarazo 12. Atención de parto en hospital/clínica 13. Detección de hipertensión arterial 2 veces al año 14. Detección de diabetes mellitus 2 veces al año 15. Detección de dislipidemias 2 veces al año
11	1. Acude a unidades de salud 2 veces al año 2. Orientación alimentaria 3. Evaluación y vigilancia nutricional 4. Actividad física 5. Orientación prevención de VIH SIDA e ITS 6. Uso de métodos anticonceptivos 7. Exploración de próstata cada 2 años después de los 40 años 8. Antígeno prostatico cada 2 años después de los 40 9. Detección de hipertensión arterial 2 veces al año 10. Detección de diabetes mellitus 2 veces al año 11. Detección de dislipidemias 2 veces al año

12	1. Acude a unidades de salud 2 veces al año 2. Orientación alimentaria 3. Evaluación y vigilancia nutricional 4. Actividad física 5. Orientación menopausia / andropausa 6. Exploración mamaria cada 2 años 7. Mastografía cada 2 años 8. Papincolau cada 2 años 9. Exploración de próstata cada 2 años 10. Antígeno prostatico cada 2 años 11. Detección de hipertensión arterial 2 veces al año 12. Detección de diabetes mellitus 2 veces al año 13. Detección de dislipidemias 2 veces al año
13	1. Tabaquismo 2. Alcoholismo 3. Otras drogas 4. Televisión / videojuegos / celular 5. Refrescos comida chatarra 6. Otros
14	1. Visual 2. Auditiva 3. Lenguaje 4. Motora 5. Mental 6. Ninguna
15	1. PAS 2. EDAS 3. MJA 4. Uterus y partos 5. Cáncer 6. Calidad 7. HAS 8. DM 9. Dislipidemias 10. Depresión 11. Otros

CAPÍTULO 4

Bitácora del Servicio Social

Nota: Todas las fotografías fueron tomadas previa autorización de las personas involucradas

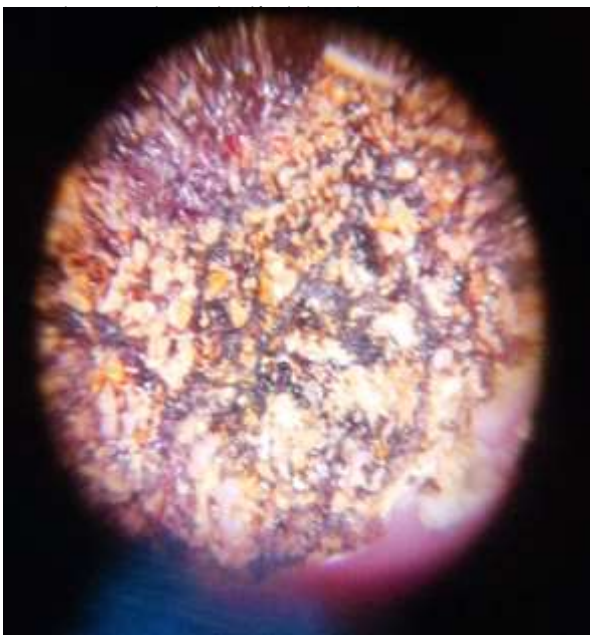
La sede de servicio social que elegí fue el CST III Dr. Salvador Allende con Clínica de Especialidades perteneciente a la jurisdicción sanitaria de Coyoacán y la elegí por dos razones; la primera porque era relativamente cerca de mi casa, 8 km para ser exactos y la segunda porque era la única sede que además de consulta general tenía especialidades, entre ellas mis dos favoritas:

Foto 1. CST III. Dr Salvador Allende C.C.E



ginecología y pediatría además de que era una de las clínicas más grandes.

Foto 2. Electrofulguración cervical por lesión de VPH



Mi primer día fue el 7 de febrero del 2023 y del 10 al 15 de febrero fue nuestro curso de inducción por parte de la jurisdicción en el parque deportivo Huayamilpas. Mi primer rotación fue en el servicio de colposcopia a cargo del Dr. Palacios, en ese servicio roté 2 meses en el que tuve la oportunidad de realizar diversos procedimientos entre ellos papanicolaus, colposcopías, biopsias de

cervix y electrofulguraciones, y es de esta rotación que surgió mi idea para la

investigación final. En concreto en este servicio realicé 19 historias clínicas y, en conjunto con

el Dr. Palacios dimos 273 consultas subsecuentes, 159 papanicolaus y 189 colposcopías y 12 biopsias cervicales.

Durante los meses de febrero y marzo participe en una sesión académica al personal la cual yo hice llamada “Cáncer cervicouterino”, así mismo, desarrollé un taller para el grupo de mujeres embarazadas que llevó el

Foto 3. Silla de exploración y colposcopio



título “Depresión post parto”, la finalidad de este taller era que las pacientes pudieran detectar signos de alarma de depresión post parto y poder pedir ayuda, como entregable realice una tabla llamada “Síntomas de depresión post parto”.

Foto 4. Tabla entregable, síntomas de depresión post parto

SINTOMAS DE DEPRESION POST PARTO	
ÁNIMO DEPRESIVO	LLANTO EXCESIVO
PÉRDIDA DE INTERÉS O PLACER POR LO QUE ANTES SI ME GUSTABA	ALTERACIONES DEL SUEÑO (DUERMO DE MÁS O NO DUERMO NADA A PESAR DE ESTAR AGOTADA)
ALTERACIONES DEL APETITO	ANSIEDAD EXTREMA
SENTIMIENTOS DE CULPA	CAMBIOS EMOCIONALES
IDEAS SUICIDAS O DE QUERER HACERME DAÑO A MI Y/O AL BEBÉ	ENORME E INJUSTIFICADA PREOCUPACIÓN POR MI BEBÉ
ABRUMADA EMOCIONALMENTE	MONTAÑA RUSA DE EMOCIONES
IRRITABILIDAD	SENTIMIENTO DE SOLEDAD

RECUERDA QUE SI 1 O MÁS DE ESTOS SÍNTOMAS ESTA PRESENTE DESPUÉS DE 2 SEMANAS DE PARIR...
¡ES MOMENTO DE ACUDIR A TU CENTRO DE SALUD!

Foto 5. Taller de estimulación temprana



Mi segunda rotación fue en el servicio de pediatría y ahí estuve todo el mes de abril, este servicio está a cargo de la Dr. Rosa García con ella realicé 8 historias clínicas, 43 consultas subsecuentes de las cuales 29 fueron control de niño sano, así mismo dimos 51 capacitaciones en accidentes a padres de pacientes pediátricos, también realizamos el

taller de estimulación temprana para lactantes y preescolares el cual se impartía el 2do y 4to miércoles de cada mes. También tuvimos la semana del niño en la cual decoramos la puerta del servicio y la pediatra y yo fuimos disfrazadas.

Foto 6. Puerta del servicio de pediatría en la semana del niño



Mi tercera rotación fue en el mes de mayo el servicio de inmunizaciones el cual pertenece al área de epidemiología por lo que de 8 a 10 am era la responsable de tomar pruebas COVID-19 en total tomé 47 pruebas. En cuanto al área de inmunizaciones aplique 21 vacunas de las cuales 2 fueron BCG, 3 Hepatitis A, 3 varicela, 5 DTP y 8 hexavalentes, y en este servicio conocí a un niño con el juguete más peculiar del universo (foto 8), el cual según su mamá no suelta por nada del mundo y no acepta ningún tipo de cambio por absolutamente nada; de hecho, cuando lo íbamos a vacunar abrazó a su juguete con fuerza.

Foto 8. El juguete más peculiar



Foto 7. Puesto de pruebas COVID-19



Ya que

de cierta manera en esta rotación yo formaba parte del área de epidemiología también me encargué de ver los casos de mordedura de perro y de la toma de electrocardiogramas, en total vi 4 casos de mordedura de los cuales ninguno requirió vacuna anti rabia y 7 electrocardiogramas.

Foto 9. Mordedura de perro en la zona del



Durante esta rotación, también participé en la Segunda jornada Estatal de Salud, en específico elaboré lo que denominé “El maratón de la Seguridad Vial”, el cual era un juego

Foto 10. *Campeón de la Seguridad Vial*



que se realizó en las áreas de espera y era de preguntas y respuestas en las que los jugadores iban avanzando hasta llegar a la meta y ganar, mi mejor ganador fue un chiquitín de 4 años (foto 10) que en conjunto con su papá tuvieron todas las respuestas correctas así que se ganó su medalla de campeón de la seguridad vial.

Foto 12. *Maratón de la seguridad vial*



Foto 11. *Jugando con el Campeón de la Seguridad Vial y su papá*



Durante este mes tuvimos capacitaciones al personal, algunas eran impartidas por la coordinadora de enseñanza y otras por representantes médicos de diversos laboratorios. Una de las que más me gustó fue la de cáncer cervicouterino ya que nos dieron una dona azucarada y nos enseñaron a tomar papanicolaous en la dona y a hacer un barrido en una laminilla. En una de las capacitaciones que daban los representantes médicos nos llevaron café y pannin de Starbucks.

Foto 14. Regalo de representante médico



Foto 13. Capacitación CaCu

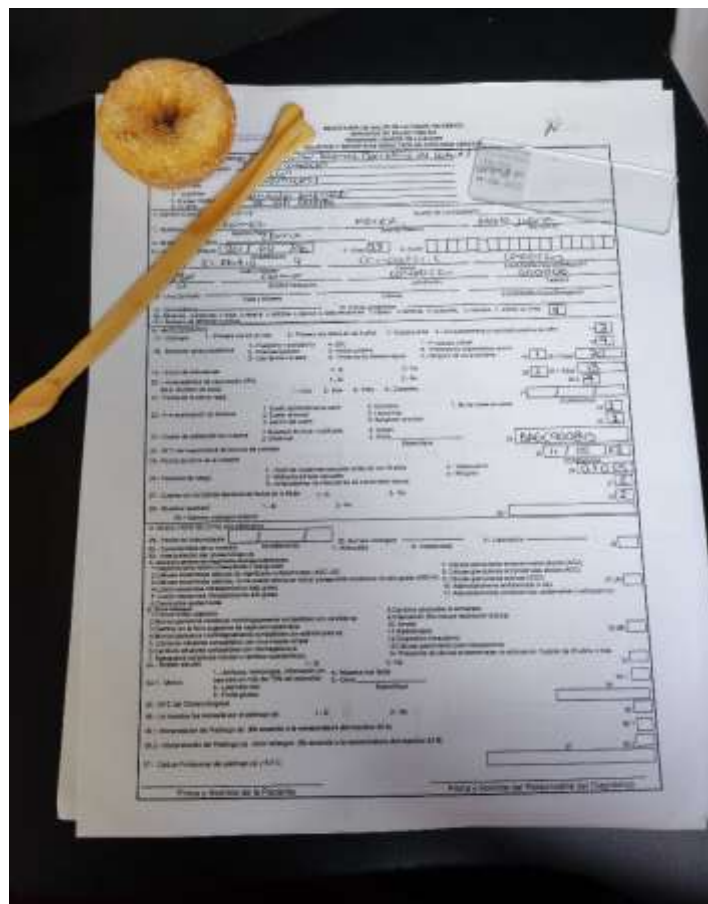


Foto 15. Primer paciente de la 1ª campaña antirrábica



Mi cuarta rotación fue en el mes de junio en servicios amigables para adolescentes, este servicio se encargaba de dar orientación y seguimiento a adolescentes sobre métodos anticonceptivos en total entregué 48 condones masculinos, 4 condones femeninos y derivé al servicio de ginecología a 2 pacientes para colocación de DIU Mirena y a 1 paciente para colocación de implante subdérmico.

Ya que esta rotación no era tan movida me convertí en el comodín de la clínica por lo que también participé en la primera campaña antirrábica, realicé el letrero de invitación para la

Foto 14. Letrero de invitación a la campaña antirrábica



una casa aplicamos más de 15 dosis y nos dieron de desayunar en agradecimiento, en este mes también realicé los programas de infancia y adolescencia 2023 para la clínica.

Foto 16. Puesto semifijo de la 1ª campaña antirrábica



reja externa de la clínica, estuve en el puesto semifijo en dónde apliqué 29 dosis, y salí a campo dónde apliqué 62 dosis y ayudé a una enfermera a adoptar una gatita, esa enfermera y yo logramos ser la brigada con mayor aplicación de dosis, en

Foto 17. Gatita que ayudé a que



Foto 18. *Parte del desayuno de agradecimiento*



En el mes de julio fui la pasante encargada del módulo 1 que era el consultorio llevado por los pasantes en donde di un total de 158 consultas 24 de estas fueron de primera vez y el resto de pacientes subsecuentes, en este consultorio detecté de novó 2 casos de diabetes y 4 casos de hipertensión arterial los cuales envié al programa de crónicos, así mismo detecte una paciente con adicción a las

benzodiacepinas la cual envié a los servicios de salud mental de la clínica, en esta rotación recibí 3 urgencias médicas, una fractura de la base del cráneo, una paciente con úlceras esofágicas con sangrado activo y por último un paciente en brote psicótico, todos ellos fueron enviados al servicio de urgencias respectivo, la paciente de las úlceras volvió meses después y me regaló unas papas en agradecimiento.

Foto 18. *Papitasas de agradecimeinto*



En el mes de septiembre roté por el servicio de ginecología dirigido por la Dra. Carla Torres, en conjunto con ella dimos 16 consultas de primera vez, 23 consultas subsecuentes, 4 papanicolaous, 15 exploraciones clínicas de mama y una detección de violencia familiar a la cual se le hizo envío a los servicios de salud mental de la clínica, así mismo en este servicio

Foto 20. Feria del Bienestar



entregamos 60 condones masculinos, colocamos 5 DIUs Mirena, una inyección "Sayana", 5

Foto 21. Constancia de acreditación del GAM



colocación de implantes subdérmicos, 2 anticonceptivos orales y 1 envío a OTB, también vimos 29 consultas prenatales, además de todo lo anterior, en ginecología me toco el simulacro de 19 de septiembre el cual fue vigilado y certificado por protección civil de la CDMX.

En el mes de octubre volví a ser la pasante encargada del módulo 1 donde ahora también se realizan los electrocardiogramas y los estudios de caso COVID además de consulta general a demanda, en total di 39 consultas, realicé 17 electrocardiogramas, 25 estudios de caso COVID y 6 certificados médicos, en conmemoración al día mundial de la osteoporosis

realicé un cartel el cual se expuso en la clínica durante todo el mes de octubre, así mismo decoramos la puerta del consultorio de pasantes para el festival de Halloween el cual se realizó el 31 de octubre y todos los niños pertenecientes al centro de salud y los hijos del personal fueron pidiendo “calaverita” en cada consultorio y todo el personal de la clínica se disfrazó, yo me disfracé de exploradora de safari.

Foto 22. Cartel día mundial de osteoporosis



Foto 23. Puerta consultorio de pasantes en Halloween



Foto 24. Pasantes de medicina disfrazados



Foto 25. Mi disfraz de exploradora



Foto 26. Personal del CST III Dr. Salvador Allende



En el mes de noviembre seguí rotando por consultorio 1 en donde realicé el informe de embarazo, di 6 consultas de primera vez y 31 consultas subsecuentes, 25 casos COVID, también participe en la feria de salud en el colegio Churchill donde realicé 25 tamizajes de diabetes, 12 exploraciones clínicas de mama y 25 tamizajes de hipertensión. También hice para el día mundial contra la diabetes hice el círculo de la diabetes.

Foto 27. Feria de Salud colegio Churchill



Foto 28. *Circulo de la diabetes*



Para día de muertos se colocó un altar de muertos para los familiares del personal de la clínica, en este mismo mes se realizó la segunda campaña de vacunación antirrábica canina y felina en la que en total aplique 46 dosis.

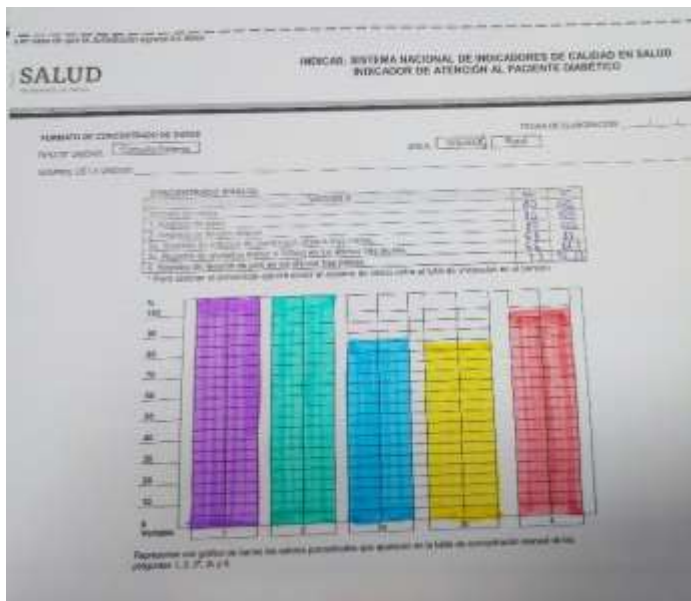
Foto 29. *Altar de muertos del CST III Dr. Salvador Allende*

En diciembre roté en calidad y enseñanza donde tuve la oportunidad de calidad donde tuve la oportunidad de realizar los indicadores de calidad de atención al paciente diabético y el indicador de calidad en la atención prenatal y me da mucho orgullo decir que nos fue bastante bien.



En diciembre tuvimos una visita inesperada, fue el "Grinch" a saludar.

Foto 30. Indicador de calidad paciente diabético



que dedicar grandes cantidades de dinero, se dio un taller y además se hicieron pesas caseras a base de botellas de plástico y arroz.

También en diciembre fue la cena de navidad del personal del centro de salud.

Y de pronto llegó enero, seguí rotando en consultorio 1 donde entregué 3 tamices neonatales, di 48 consultas generales y también realicé con mis compañeros pasantes nuestro proyecto de intervención llamado “Actitud Activa” el cual tuvo como fin el enseñar a los pacientes que se puede realizar actividad física desde casa sin tener

Foto 31. Indicador de calidad atención



Foto 32. El grinch



Foto 33. *Cena de navidad del centro de salud*



En enero también hicimos la feria de salud del día de reyes donde y estaba encargada del puesto de vacunación, en total se aplicaron más de 100 vacunas COVID-19 y 65 vacunas de influenza.

Foto 34. *Recibimiento al taller "Actitud Activa"*



Foto 35. *Participantes del taller “Actitud Activa”*



En enero partimos rosca con los directivos de la clínica y me toco el muñeco. El último día de servicio social nos dejaron llevar juegos de mesa y jugar en lo que nos entregaban nuestras cartas de liberación del centro de salud.

Foto 36. *Participante del taller con sus pesas caseras*



Foto 37. Feria de Salud día de reyes



Foto 38. Jugando hasta el último día del servicio social



Y así en un abrir y cerrar de ojos terminó el mejor año de mi formación como médico y le estaré siempre agradecida al CST Dr. Salvador Allende por abrirme sus puertas y por hacerme una más de sus filas.

Foto 39. Los directivos de la clínica y los pasantes de medicina recién liberados



Foto 40. Liberados de la jurisdicción sanitaria de Coyoacan



A lo largo de mi pasantía tuve la oportunidad de estar en capacitación constante teniendo un total de 9 constancias de conclusión de diversos cursos relacionados con mi formación como médico general.



En este curso pude identificar las obligaciones que tienen las instituciones para con sus trabajadores y usuarios en específico en el ámbito de los derechos humanos que muchas veces se vulneran sin siquiera darnos cuenta.

En el curso capacitación para otorgar el Prep aprendí sobre los tiempos claves para poder aplicar la profilaxis post exposición, sobre la importancia de un trabajo multidisciplinario para pacientes expuestos al VIH, así mismo pude detectar las áreas de oportunidad que se presentan en las comunidades vulnerables.





El curso de prevención de la tortura fue uno de los cursos más difíciles de hacer en cuanto al ámbito emocional, pero puedo decir que aprendí a distinguir signos tempranos de tortura pero en especial puedo decir que aprendí cómo se debe abordar a alguien que sufre o sufrió tortura, a que instancias referirlo y como orientarlos para iniciar el proceso legal.



EL INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

otorga la presente

CONSTANCIA

a:

CONSTANZA BARBERO GARRALDA

Por realizar el curso en línea

Inducción a la igualdad entre mujeres y hombres

3 de noviembre de 2023

Con una duración de 4 horas

Calificación: 9,50

Dra. Nadine Flora Gasman Zylbermann
Presidenta

Instituto Nacional de las Mujeres



alOkciWuzd

En este curso pude distinguir entre igualdad, equidad y justicia visto desde una perspectiva de género, dando a cada género su lugar e importancia para que seamos una sociedad funcional y que avanza buscando el bien común.



LA SECRETARÍA DE SALUD
A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Constanza Barbero Garralda

Por haber concluido satisfactoriamente el Curso a Distancia:

**Reducción y Prevención de Daños y Riesgos
Asociados al VIH, VHC y Consumo de Drogas**

con una duración de **40** horas,
obteniendo una Calificación de **9.00**

Se extiende la presente constancia el 3 de noviembre de 2023

DRA. MAGDALENA DELGADO BERNAL
Directora de Educación en Salud



Foto
s119d6d0-7a60-11ee-9d24-d017132d7107

Actualmente la comunidad LGBT + es una comunidad creciente y es una comunidad vulnerable que está expuesta a discriminación y rechazo por lo que elegí tomar este curso para poder aprender herramientas sobre como atender medicamento a alguien perteneciente a esta comunidad sin vulnerar sus derechos y buscando siempre su bienestar físico y mental



LA SECRETARÍA DE SALUD
A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Constanza Barbero Garralda

Por haber concluido satisfactoriamente el Curso a Distancia:

**Acceso SIN Discriminación a los Servicios de Salud para las
Personas de la Diversidad Sexual**

con una duración de **20** horas,
obteniendo una Calificación de **9.00**

Se extiende la presente constancia el 3 de noviembre de 2023

DRA. MAGDALENA DELGADO BERNAL
Directora de Educación en Salud



Foto
s11d9500-7a60-11ee-9d24-d017132d7107

Este curso lo elegí ya que como psicóloga y ahora médico es importante conocer sobre los riesgos del consumo de sustancias no sólo en la esfera psíquica sino en las esferas social y física del individuo y el enorme riesgo que conlleva cierto tipo de drogas y una posible infección con VIH.



LA SECRETARÍA DE SALUD
A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

Constanza Barbero Garralda

Por haber concluido satisfactoriamente el Curso a Distancia:

**Lenguaje Incluyente Libre de Estigma y Discriminación
para Prestadores de Servicios de Salud**

con una duración de 20 horas,
obteniendo una Calificación de 96.51 %

Se extiende la presente constancia el 8 de noviembre de 2023


DRA. MAGDALENA DELGADO BERNAL
Directora de Educación en Salud

Folio
TuvZDtd0 Td6: 11ee3a91-0398a0a210

Como médico en formación me pude dar cuenta lo expuestos que estamos a estresores ambientales y social que vulneran nuestra salud mental y en algunos casos orilla al consumo de sustancias generando con esto dependencia, adicción y por ende una afectación en la vida personal y profesional del individuo que lo sufre por lo que creo que este curso me sirvió para detectar mínimos cambios en mi salud mental y en la de mis compañeros y con ello poder desarrollar un plan de acción para evitar que aumentara y en especial evitar el consumo y/o abuso de sustancias

Este curso va de la mano con el anterior ya que creo que en especial en el ámbito médico, muchas veces se vulneran los derechos de ciertas comunidades, y aclaro, no de manera intencional sino por desconocimiento del tema por lo que decidí este curso para poder aprender no sólo a no discriminar sino, a hacer valer sus derechos y a poderles dar una atención con perspectiva.



LA SECRETARÍA DE SALUD
A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

Constanza Barbero Garralda

Por haber concluido satisfactoriamente el Curso a Distancia:

**Promoción del Cuidado a la Salud Mental y
Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas**

con una duración de 20 horas,
obteniendo una Calificación de 8.80

Se extiende la presente constancia el 21 de junio de 2023


DRA. MAGDALENA DELGADO BERNAL
Directora de Educación en Salud

Folio
146a0285-105b-11ee-9db2-02e8b105274e



LA SECRETARÍA DE SALUD
A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A
Constanza Barbero Garralda

Por haber concluido satisfactoriamente el Curso a Distancia:

**NOM-046 y su aplicación en la prevención y atención
de la violencia. Aspectos Generales**

con una duración de **16** horas,
obteniendo una Calificación de **7.50**

Se extiende la presente constancia el 1 de mayo de 2023



DRA. MAGDALENA DELGADO BERNAL
Directora de Educación en Salud



Fecha
26oct2023 08:06:11 a.m. 0362-037935cd759b

y por último pero no por eso menos importante el curso sobre la NOM-46, esta norma es de observancia obligatoria, esto quiere decir que es no es opcional conocerla, seguirla y aplicarla, esta norma es para poder detectar, prevenir y actuar en casos de violencia y creo que como médico y como mujer estoy más expuesta a recibir este tipo de casos por lo que me resulto sumamente enriquecedor este curso en especial porque no sabía con exactitud los pasos a seguir una vez detectada la violencia.

Capítulo 5

Comentarios Sobre Aprendizajes Del Servicio Social

Gracias a la cantidad de consulta general que di en mi sede de servicio social, me considero capaz de reconocer la dimensión biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, en específico viendo al paciente como un todo y buscando dar un manejo integral, no únicamente médico para con ello buscar mejorar todas las áreas de la vida de mis pacientes y no solo la física.

Tuve la oportunidad de aplicar el método clínico y mis habilidades, aptitudes y conocimientos en cada actividad que realicé dentro y fuera de la clínica, buscando siempre el bien común y aplicando el dogma de no dañar. En el transcurso del servicio social se me presentaron varias oportunidades para reconocer no únicamente las limitaciones del primer nivel de atención, sino también, mis propias limitaciones como médico y con esto tomar decisiones

pertinentes y oportunas sobre cuando referir a otras instancias a los pacientes. Sin duda creo que lo que más reforcé durante el servicio social fue la empatía y mi calidad humana, logré amar el primer nivel y descubrir la verdadera importancia que tiene sobre la salud de la población.

Así mismo como médico pasante de servicio social, el periodo de servicio social ha sido fundamental en mi formación tanto profesional como personal en específico en las siguientes áreas:

5.1 Formación como persona y como profesional

Experiencia clínica y desarrollo profesional

- Aplicación práctica del conocimiento: He tenido la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos durante la carrera en un entorno clínico real, fortaleciendo mi comprensión de la teoría médica y logrando identificar diversas patologías además de las propias referidas en el padecimiento actual.
- Habilidades clínicas mejoradas: La práctica constante ha mejorado mis habilidades clínicas, desde el llenado de historias clínicas hasta la realización de procedimientos médicos básicos como retiro de puntos, lavado de heridas etc.
- Colaboración Interdisciplinaria: He trabajado en equipo con otros profesionales de la salud, como enfermería, trabajo social, psicología aprendiendo la importancia de la colaboración interdisciplinaria para brindar una atención integral a los pacientes.

Desarrollo de habilidades sociales y empatía

- Interacción con todo tipo de pacientes: he tenido la oportunidad de interactuar con pacientes de diversos contextos sociales y culturales, lo que ha mejorado mi capacidad para adaptarme a diferentes situaciones y comprender las necesidades individuales y de la comunidad.
- Empatía reforzada: el contacto directo con pacientes en situaciones a menudo difíciles ha fortalecido mi empatía y sensibilidad hacia las emociones y experiencias de los demás, buscando soluciones que se adapten al entorno de cada paciente y a su realidad actual.
- Comunicación efectiva: la comunicación efectiva con pacientes y sus familias se ha convertido en una habilidad fundamental, permitiéndome transmitir información de manera comprensible y con esto empoderar al paciente para el cuidado de su salud; buscando con esto lograr un mejor apego al tratamiento

Conciencia social y responsabilidad

- Compromiso con la comunidad: al participar en actividades de servicio social, he contribuido al bienestar de la comunidad, aumentando mi conciencia sobre las necesidades de salud locales.
- Énfasis en la prevención: he aprendido la importancia de la medicina preventiva y la educación para la salud como herramientas clave para mejorar la salud pública.
- Compromiso ético: la experiencia en situaciones éticamente desafiantes ha fortalecido mi comprensión de la responsabilidad ética que conlleva la práctica médica.

Autodescubrimiento y resiliencia:

- Adaptabilidad: enfrentar desafíos y superar obstáculos durante el servicio social ha mejorado mi capacidad de adaptación y resiliencia.
- Reflexión personal: las experiencias clínicas y personales me han llevado a reflexionar sobre mis propias creencias, valores y metas, contribuyendo a mi desarrollo como persona y como profesional de la salud.
- Construcción de identidad profesional: el servicio social ha sido un período formativo para consolidar mi identidad como médico y mi compromiso con la salud de la comunidad y reforzar valores que me definen como médico y como psicóloga.

Exposición a diversas especialidades y contextos de atención

- A lo largo del servicio social, he tenido la oportunidad de rotar por diferentes, lo que me ha expuesto a una variedad de especialidades médicas y contextos de atención. Esta exposición me ha ayudado a explorar diferentes áreas de la medicina y a tener una visión más amplia de las opciones de carrera disponibles.

Aprendizaje sobre gestión de casos y coordinación de cuidados

- En el servicio social, he tenido la oportunidad de participar en la gestión de casos y la coordinación de cuidados para pacientes con necesidades complejas. Esta experiencia me ha enseñado la importancia de una atención centrada en el paciente, la coordinación entre diferentes servicios y la colaboración con otros profesionales para garantizar la mejor atención posible.

5.2 Mi aportación a la comunidad

Acceso a atención médica

- He trabajado activamente para mejorar el acceso a la atención médica en la comunidad, especialmente para aquellos que enfrentan barreras económicas, culturales o de idioma. Al brindar servicios médicos accesibles, como dando consulta en lenguaje de señas, he

contribuido a reducir la brecha en la atención médica y mejorar la salud general de la población.

Programas de prevención y educación

- Durante el servicio social, he participado en la implementación de programas de prevención y educación en salud. Estos programas fueron diseñados para informar a la comunidad sobre prácticas saludables, enfermedades específicas y medidas preventivas, promoviendo así un enfoque proactivo hacia la salud.

Participación en campañas de vacunación

- Como parte de mi servicio social, he estado involucrada en campañas de vacunación comunitaria. Esto no solo ha contribuido a la inmunización de la población y a sus mascotas contra enfermedades prevenibles, sino que también ha fomentado la conciencia sobre la importancia de la vacunación para la salud pública.

Atención a poblaciones vulnerables

- Mi servicio social ha incluido la atención dedicada a poblaciones vulnerables, como personas mayores, niños y personas con condiciones de salud crónicas, personas en situación de calle, mujeres en situación de maltrato. Al brindar atención especializada y compasiva a estos grupos, he contribuido a mejorar su calidad de vida y a abordar las necesidades específicas de estas poblaciones.

Promoción de estilos de vida saludables

- A través de sesiones de educación y asesoramiento, trabajé en conjunto con trabajo social para promover estilos de vida saludables en la comunidad. Esto incluye la orientación sobre la importancia de la dieta equilibrada, el ejercicio regular y la gestión del estrés para prevenir enfermedades crónicas y mejorar el bienestar general.

5.3 En relación con mi institución educativa, la UAM-Xochimilco

Vinculación comunitaria

- Mi servicio social ha fortalecido la relación entre la UAM y la comunidad. La presencia activa en la comunidad a través de proyectos y servicios ha contribuido a una imagen positiva de la universidad, destacando su compromiso social y su contribución al bienestar de la sociedad.

Desarrollo de programas académicos

- La experiencia adquirida durante el servicio social ha proporcionado información valiosa para el desarrollo de programas académicos más alineados con las necesidades reales de la población y de los médicos en formación. Esto permite ajustar la formación médica

en la institución para abordar mejor los desafíos y demandas de la atención médica en el entorno local.

Enriquecimiento del currículo

- Las experiencias y aprendizajes durante el servicio social han enriquecido el currículo académico de la institución. Las lecciones aprendidas en el campo se integran en la enseñanza, brindando a los estudiantes una perspectiva más práctica y contextualizada de la medicina.

Promoción de la responsabilidad social:

- Mi participación en actividades de servicio social ha servido como un ejemplo tangible de la responsabilidad social de UAM-Xochimilco. Esto refuerza la importancia de la formación médica no solo como un conjunto de habilidades técnicas, sino también como una responsabilidad ética y social hacia la comunidad.

Redes de colaboración

- A través de mi servicio social, se han establecido y fortalecido redes de colaboración entre la institución educativa y los Servicios de Salud de la Ciudad de México en específico con la jurisdicción sanitaria de Coyoacán. Estas colaboraciones pueden traducirse en oportunidades de investigación, pasantías y proyectos conjuntos que beneficien tanto a los estudiantes como a la comunidad en general.

Fomento de la investigación aplicada

- Las experiencias y desafíos encontrados durante el servicio social pueden inspirar y orientar proyectos de investigación aplicada para futuros pasantes de la universidad. La investigación basada en la realidad local puede generar conocimientos valiosos y soluciones prácticas para mejorar la atención médica y con ello buscar el bien común.

En resumen, las cuatro áreas antes mencionadas resaltan la importancia del servicio social en la formación médica, destacando sus impactos positivos tanto a nivel personal como profesional. Par nosotros los estudiantes resaltan el fortalecimiento de habilidades, el desarrollo integral como individuos y la contribución significativa a la comunidad a través de la mejora del acceso a la atención médica y la implementación de programas preventivos. Además, se destaca el papel del servicio social en el enriquecimiento de la institución educativa, fortaleciendo la relación con la comunidad, mejorando programas académicos y fomentando la responsabilidad social, estableciendo así las bases para una formación médica continua y adaptada a las necesidades cambiantes de la sociedad actual.