

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

División de Ciencias Biológicas y de la Salud.

Licenciatura en Medicina

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

Empoderamiento del paciente y toma de decisiones compartidas en la atención centrada en la persona con enfermedades crónicas no transmisibles.

Médico Pasante de Servicio Social: Erika Valdivieso Pineda.

Matrícula: 2173025362

Promoción de Servicio Social Febrero 2023- Enero 2024.



Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Alejandra Gasca García

23 de Febrero del 2024.

1. Presentación

El presente documento representa el proyecto final del servicio social de la licenciatura en medicina y del diplomado cursado durante la promoción Febrero 2023-Enero 2024, el cual tiene como objetivo ser el documento que acredite la terminación del servicio social para médicos pasantes que forman parte del proyecto de modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto, el cual consiste en una recopilación de los trabajos realizados en cada uno de los módulos del diplomado. Para la acreditación del primer módulo se realizó un ensayo con enfoque en de capacidades para el fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica , de manera que se revisó cómo influían los determinantes sociales y el empoderamiento del paciente para la aplicación del modelo de toma de decisiones compartidas, a su vez, el segundo módulo está conformado por la medicina basada en narrativa, es decir, la vivencia de mi persona a través de la realización del servicio social, finalmente el tercer módulo está representado como un balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III San Pablo.

Mi plaza del servicio social fue el Centro de Salud T-III San Pablo Oztotepec, Milpa Alta, en un pueblo bastante lejos de lo que yo conocía y de lo que realmente esperaba. Inicialmente se llevó a cabo una capacitación en la jurisdicción sanitaria para los pasantes que nos integrábamos en el mes de febrero, en donde nos dieron una breve introducción a lo que sería nuestro servicio social, un panorama epidemiológico para conocer un poco acerca del lugar en donde pasaríamos el siguiente año, así como de su población, costumbres y actividades. El primer día de asistencia al servicio social estuvo lleno de incertidumbre por integrarme a un nuevo lugar en donde yo era la nueva pasante, a expectativas de los demás médicos adscritos como alguien completamente preparada para estar al frente de la consulta del Módulo 6 al cual eran asignados pacientes con enfermedades crónicas. A pesar de los errores iniciales cometidos en la papelería que se llenaba durante la consulta, siempre tuve un gran apoyo y orientación por parte de las doctoras que estaban al pendiente de los médicos pasantes, del director del centro de salud y de mis compañeras pasantes del servicio social, puedo decir con mucho orgullo que nos llamábamos hermanos. Me gustaría resaltar que nunca antes había implementado el modelo de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas, por lo que llevarlo a la práctica al inicio resultó un reto bastante importante pues venía de la vieja escuela tradicional donde es el médico quien da las instrucciones y el paciente las lleva a cabo, sin embargo, una vez iniciado el diplomado y aclaradas ciertas dudas acerca del proyecto y cómo debía llevarse a cabo las intervenciones con los pacientes que llegaban a consulta, cada vez fue más

fácil lograr implementar todo lo revisado durante las sesiones y tener un mayor acercamiento con las personas que formaban parte del proyecto.

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

Si se considera conveniente se puede añadir como anexo el informe cuantitativo entregado a los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México. Las enfermedades crónicas requieren un manejo continuo, por lo tanto, los sistemas de atención que se enfocan en resolver enfermedades agudas actualmente resultan ineficaces para este tipo de padecimientos. Hay múltiples aspectos que deben considerarse, desde una toma adecuada de medicamentos hasta aspectos no farmacológicos como una buena alimentación y realización de ejercicio. Entendiendo que estas son sólo algunas de las necesidades que pueden presentarse, nace la necesidad de un enfoque completamente diferente, uno que desafíe completamente el diseño previamente establecido del sistema de salud. Es así como nace el modelo de atención integral centrado en la persona, el cual ya ha sido probado y adoptado en múltiples países como en Estados Unidos, Reino Unido y Suecia, incluso algunos expertos consideran que sirve para dos propósitos: tratamiento de enfermedades crónicas y prevención del desarrollo de estas mismas enfermedades. (1).

La mejor manera de que funcione es que se incorporen los principios de promoción de la salud, además de aspectos como los determinantes sociales de la salud y que todos los profesionales de salud conozcan de qué va el modelo para actuar de manera integrada. El modelo hace especial énfasis en otorgar una atención de calidad, basada en el respeto, y siempre teniendo en cuenta lo que es más importante: los valores, las necesidades y las preferencias de los pacientes, asegurándose de que todos estos puntos sean los que dirijan la toma de decisiones clínicas. El modelo de Atención integral centrado en la persona consta de tres subsistemas: en la base se encuentra la relación del equipo de salud y el paciente. Posteriormente este modelo va adquiriendo mayor alcance, ya que los componentes que siguen son más amplios, y al mismo tiempo uno está dentro del otro en constante interacción, por una parte, está el subsistema de salud, con cuatro componentes y en la parte externa el subsistema de comunidad. Durante el diplomado se hizo la revisión de múltiples lecturas, una de ellas resumía varios de los puntos clave en el modelo expandido hablando de que cada parte del mismo consistía en elementos importantes que constantemente se relacionan y en conjunto permiten que el modelo funcione. En esta lectura de la que hablo planteaba la presencia de un paciente informado y empoderado, uno que desempeña un papel activo en su salud, en su enfermedad y en su padecimiento, el cual establece una

alianza terapéutica con el equipo sanitario que está preparado y siempre es proactivo al tomar las decisiones con el paciente (2).

En la parte del sistema de salud son los directivos los que deben apoyar una atención que identifique y aborde correctamente los problemas que se presenten y los elementos que se derivan de aquí incluyen el desarrollo de habilidades para el autocuidado, la reorientación de la prestación de servicios, el apoyo a la toma de decisiones, y el sistema de información. El autocuidado es la capacidad que tiene el paciente como el principal responsable de cuidarse a sí mismo, de autogestionarse, donde tiene claras sus motivaciones, identifica las problemáticas a las que puede enfrentarse, tiene herramientas y habilidades que le permiten proponer estrategias de resolución, para la reorientación de los servicios se cambia la forma en que se brinda la atención, se da prioridad al seguimiento que respalde a un autocuidado, para llevar a cabo la toma de decisiones se debe contar con información de calidad, que esté actualizada y además, ésta debe ser comunicada a los pacientes, para que comprendan el porqué de las acciones que se llevan a cabo, finalmente la información organizada facilita un buen seguimiento y la detección de problemas específicos que requieren atención especial. Como parte de la comunidad están la formulación de políticas saludables, la creación de entornos saludables y el fortalecimiento de la acción comunitaria, siempre buscando que la salud mejore y que todos los pacientes estén en constante participación. En esta parte puedo mencionar que las políticas buscan garantizar que haya una mejor distribución de de servicios y entornos saludables, y los entornos saludables favorecen condiciones de vida de calidad, finalmente la acción comunitaria es sinónimo de empoderamiento de la comunidad, donde existe una participación pública, en beneficio de toda la comunidad, para que los propios miembros establezcan las prioridades y las metas que desean. Después de un año de hacer mi servicio en el centro de salud, puedo decir que hay múltiples elementos de este modelo que existen en la realidad, y lo más importante, las personas que se atienden gracias a este modelo están satisfechas y con mucha motivación para estar constantemente pendiente de su salud, ya que se sienten parte del proceso y al mismo tiempo saben que son la parte más importante del mismo.

3. El diplomado

El Diplomado tomado durante el transcurso del año del servicio social Febrero 2023-Enero 2024 resultó de gran ayuda por la formación que me permitió tener. Se trata de un proyecto integrado por médicos pasantes de la Universidad Autónoma Metropolitana, del Instituto Politécnico Nacional y Universidad Nacional Autónoma de México, quienes cursábamos el último año de formación académica asistiendo de manera presencial a distintos centros de salud a dar consulta a personas que viven

con enfermedades crónicas no transmisibles. La participación en dicho proyecto era llevada a cabo los días viernes y no asistíamos a los correspondientes centros de salud, alternando un viernes presencial y un viernes de manera virtual por medio de la plataforma Zoom, cabe resaltar que participábamos dos promociones al mismo tiempo y tomábamos las sesiones presenciales en distintos horarios, la promoción que estaba próxima a salir de 9-11:15 am y la promoción de pasantes que recientemente se habían integrado de 11:30 a 2 pm, en las sesiones vía zoom participábamos ambas promociones en conjunto con algunos asesores clínicos. En dicho diplomado se abarcaban distintos temas enfocados en la salud de las personas que viven con Diabetes e Hipertensión arterial principalmente, cada médico pasante presentaba un tema ante el grupo y posterior a eso se discutía en plenaria lo presentado y en ocasiones se llegaban a conclusiones generales, muchas veces de los mismos temas que se presentaban surgían nuevos temas que considerábamos debían ser abordados de manera más profunda con la finalidad de resolver dudas, de saber cómo incluir a la práctica clínica actividades que normalmente no sabíamos cómo abordarlas. Durante las sesiones se compartía las experiencias que muchos de nosotros habíamos vivido durante el tiempo de nuestra formación como profesionales de la salud pero principalmente lo vivido en los diferentes centros de salud durante el año del servicio social, las dificultades que se presentaban en las consultas del día a día, la manera en que fueron abordadas y los resultados que se obtuvieron, lo cual nos permitió un aprendizaje mayor porque nos dio una amplia visión de las situaciones a las que podemos enfrentarnos, y con ayuda de los asesores clínicos, expandir las oportunidades de acción. Así mismo, como parte del esquema del diplomado, son de gran importancia los encuentros con los pacientes, los cuales se llevan a cabo por jurisdicciones, a donde acuden los pacientes con enfermedades crónicas de los distintos centros de salud que forman parte del proyecto y en donde se lleva a cabo el reforzamiento de la comunidad, pues los pacientes se conocen comparten sus vivencias y se involucran más en su autocuidado.

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

¿Cómo influyen los determinantes sociales y el empoderamiento del paciente en la aplicación del modelo de toma de decisiones compartidas?

Introducción

La práctica médica de manera tradicional se ha enfocado siempre en la enfermedad que genera el motivo de consulta, con un interrogatorio dirigido a la etiología y un tratamiento definitivo para corregir la historia natural de la enfermedad. Con la creciente inversión de la pirámide poblacional en los últimos años, las enfermedades

crónicas no transmisibles se han posicionado como principales causas de morbilidad, por lo que resulta indispensable modificar las estrategias empleadas en la práctica clínica con el fin de centrar la atención en la persona con enfermedades crónicas y su entorno psicosocial, dejando a un lado el modelo tradicional centrado en el paciente y la enfermedad. La propuesta de la toma de decisiones compartidas adquiere un papel relevante por poner a la persona como el objetivo de la atención, es decir, consiste en comprender las situaciones del paciente a través de su experiencia como individuo único, y para conseguirlo será indispensable la creación de una buena relación médico- paciente, ya que dará la apertura a un canal de comunicación donde el paciente reciba el apoyo para deliberar las propuestas terapéuticas presentadas y expresar sus preferencias y opiniones durante el proceso de toma de decisiones previamente informadas. Un paciente activo y autónomo será quien se involucre en su propio cuidado de la salud como resultado del proceso de empoderamiento a lo largo de su atención, a través de distintas estrategias como el establecimiento de metas alcanzables a corto y largo plazo, el reconocimiento de las metas alcanzadas, así como el uso de los recursos disponibles para la autogestión de la salud por parte del paciente.

A pesar de que el objetivo del modelo centrado en la persona con enfermedades crónicas busca compartir las decisiones entre el médico y el paciente, se cree que existen limitantes en el momento de la aplicación como el tiempo que suele destinarse en la consulta tradicional por la demanda de atención médica de los servicios de salud pública, así como el cuestionamiento de si es realmente favorable la aplicación de este modelo.

Objetivos

Objetivo general

- Destacar la importancia de la implementación de un modelo centrado en la persona como individuo único que considere sus determinantes sociales, contexto y el empoderamiento personal para tomar decisiones individualizadas.

Objetivos específicos

- Conocer el modelo de atención centrada en la persona que vive con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Describir cuáles son los determinantes sociales que limitan la adecuada atención de la persona con enfermedades crónicas.
- Clarificar la importancia de la toma de decisiones compartidas en la atención del paciente para lograr una respuesta terapéutica.
- Esclarecer las circunstancias que podrían considerar inadecuado el modelo de toma

de decisiones compartidas por las limitaciones durante la consulta.

Justificación

La importancia del presente trabajo radica en la creciente necesidad de adoptar un modelo emergente cuyo fin es comprender al paciente como un individuo activo y un ser autónomo y empoderado capaz de tomar decisiones en su propio cuidado de la salud considerando las preferencias de la persona con enfermedades crónicas. En primer lugar, con este enfoque se reconoce y se respeta la individualidad de cada persona, validando que sus expectativas, necesidades y vivencias son importante para personalizar un plan terapéutico de la manera más efectiva posible, así mismo, con este enfoque de la atención centrada en la persona se busca comprender las situaciones económicas, sociales, familiares para ayudar al paciente a afrontar la experiencia de vivir con enfermedades crónicas de la mejor manera posible, para que esto sea posible la motivación al empoderamiento llevará a su vez a una comunicación efectiva, apoyo emocional que colabore con mejores resultados y una calidad de vida digna.

Modelo de atención centrada en la persona que vive con enfermedades crónicas

Durante las últimas décadas, la medicina ha enfrentado nuevos retos con la creciente población con enfermedades crónicas como son diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias y síndrome metabólico, las cuales, por su prolongado tiempo de evolución, su baja sospecha al ser en su mayoría asintomáticas y sus grandes complicaciones ocupan hoy en día una alta carga para los sistemas de salud tanto públicos como los pertenecientes al sector privado. Ante este desafío, surge la necesidad de modificar el modelo de atención centrado en el paciente con enfermedades crónicas no transmisibles, a un modelo que se enfoque en la persona que vive con enfermedades crónicas, lo que representa en su vida y las limitaciones que pudieran conllevar, de esta manera se involucra al paciente en la gestión de sus enfermedades, buscando su empoderamiento para participar de manera activa en la toma de decisiones compartidas.

De acuerdo con Resnicow K, el modelo de toma de decisiones compartidas hace referencia a una colaboración a través del cual tanto el proveedor de los servicios de salud como el paciente tienen una participación activa en las decisiones terapéuticas, de tal manera que se involucra al paciente para elegir el mejor escenario posible de acuerdo con sus perspectivas y necesidades. El papel del médico se convierte entonces no sólo en la autoridad del consultorio en particular, sino que va mucho más allá de un profesional de la salud, se convierte en un proveedor de información oportuna para el paciente, que involucre los beneficios, contras, riesgos y diferentes opciones bien informadas y respaldada que lleven de la mano al paciente para elegir la que se acomode mejor a sus preferencias, posibilidades, contexto familiar, creencias

y capacidades, es decir, la decisión debe ser individualizada de acuerdo a los diferentes determinantes sociales de la salud de la persona a la que se busca ayudar. Sin embargo, la toma de decisiones compartidas no es un modelo que deba aplicarse en una sola reunión con el paciente, ya que requiere sesiones periódicas y continuas para aclarar dudas, ofrecer información adicional, así como brindar la oportunidad al paciente para reflexionar las posibilidades. ¹

Dicho de esta forma, este modelo va mucho más allá que los modelos tradicionales de relación médico- paciente en el que el profesional de salud era el responsable de tomar las decisiones con base en su criterio médico, experiencias y tiempo destinado a la consulta, sin la oportunidad de una participación colaborativa con el paciente. Para poner en práctica este enfoque, es necesario comprender y considerar que el estado de salud de una persona no es únicamente el resultado de factores biológicos, ya que es una compleja interacción de factores ambientales, económicos y sociales que confluyen en el bienestar de la persona, familia y sociedad, es decir, los determinantes sociales de la salud son aquellas condiciones en las que la persona nace, crece, trabaja y se desarrolla como individuo. ²

El papel de los determinantes sociales como limitante en la atención médica

A pesar de los grandes esfuerzos y mejorías en la atención médica, las desigualdades en la salud aún persisten y quienes se ven mayormente afectados incluyen a las personas pertenecientes a las clases bajas, impidiendo su acceso a los servicios de salud con mejores estándares de calidad y marginándolos a servicios de salud costeados por sus propios ingresos o bien, en el peor de los casos, negándoles el acceso a la atención médica. Dicho esto, los determinantes sociales que mayor impacto negativo tienen son la falta de acceso a la educación con la consiguiente falta de empleo y pobreza, condiciones de vivienda desfavorables insalubres, que condicionan una exposición a mayores enfermedades tanto infecciosas como no infecciosas. ³

Como Thornton R lo menciona, algunas intervenciones centradas en los determinantes sociales pueden mejorar la salud de la población menos beneficiada, tal como intervenciones en la primera infancia ya que las experiencias en las tempranas etapas de la vida beneficiarían el resto de su vida, por ejemplo, con apoyo a las familias para que los hijos tengan acceso a una educación que les permita tener las herramientas necesarias para cuidar de su propia salud, creando conciencia de las exposiciones dañinas a las que se pueden encontrar expuestos y de qué manera les afectaría. De igual manera, haciendo uso de la estimulación social podría lograrse un estilo de vida más activo, con el desarrollo de entornos comunitarios sanos y seguros en donde se puedan realizar actividad física mejorando a largo plazo los

comportamientos y hábitos en la salud. Resulta importante conocer el papel que la comunidad juega dentro de los cambios y oportunidades, no consiste únicamente en lo referente a lo que el individuo por sí sólo pudiese beneficiarse, sino que como grupo comunitario los cambios y mejoras aumentarían exponencialmente, en conjunto con políticas dirigidas a la planificación urbana, vivienda, mejoras del trabajo e ingresos económicos.³

Factores que influyen en el empoderamiento del paciente para su participación en la toma de decisiones

En la actualidad ha tomado relevancia el empoderamiento del paciente para la mejoría de su calidad de vida al ser una persona comprometida con la atención médica y colaborando de manera efectiva con el profesional de la salud, de tal manera motivar a un paciente a que asuma un rol autónomo y activo resulta en un proceso complejo de enfoque, comunicación y apoyo continuo y efectivo. Uno de los pilares del empoderamiento del paciente es la información proporcionada, la cual debe ser sólida y comprensible, sin involucrar el exceso de terminología médica con el fin de que el paciente comprenda su condición médica, las opciones terapéuticas disponibles, así como los posibles resultados, así mismo el personal médico a cargo debe involucrarse en tiempo y compromiso sobre los aspectos relevantes de la enfermedad, logrando de esta manera que sientan que tienen la capacidad de tomar las decisiones informadas sobre su propio cuidado. Fomentar la autonomía del paciente en la toma de decisiones implica otorgarle un papel como socio activo involucrado en la planificación de su atención, es necesario que genere cuestionamientos que se respondan durante la consulta para que de esta manera se logren resolver dudas, genere dudas nuevas y así ampliar aún más las posibilidades de una correcta toma de decisiones.^{2,4}

El establecimiento de metas realistas y alcanzables a corto y largo plazo fortalece la motivación del paciente al orientarlo a definir objetivos claros que proporcionen claridad y dirección durante el curso de la enfermedad, los cuales pueden abarcar modificaciones higiénico-dietéticas, adherencia a un tratamiento establecido que lleven a un control de las patologías crónicas, sin embargo, también es necesario el reconocimiento a las metas alcanzadas del paciente a lo largo del acompañamiento para dar un impulso adicional y mantener la motivación para un cambio definitivo. Para lograrlo se puede hacer uso de los numerosos recursos disponible hoy en día, si bien resulta indispensable contar con la información respaldada por parte del personal médico, el paciente puede utilizar a su favor los diferentes portales de información en línea, las redes de apoyo de personas que viven con las mismas enfermedades crónicas, aplicaciones móviles de salud bien fundamentadas que ayuden a monitorear su estado de salud o únicamente respondan algunas dudas.

surgidas antes de las consultas médicas, de tal manera resultaría más fácil la comunicación ante un paciente informado.^{1'2}

Limitantes para la aplicación del modelo de toma de decisiones compartidas

Considerar compartir las decisiones con el paciente podría resultar un reto por tratarse de un modelo reciente de atención que difiere de lo tradicional y aceptado. Se cree que existen ciertas limitantes al momento de su aplicación las cuales podrían resultar del tiempo destinado para la atención en los servicios de salud pública con alta demanda, en una anamnesis dirigida a la cuestión que motiva la búsqueda de la atención médica sin un seguimiento posterior con el fin de optimizar el tiempo ante la excesiva presión laboral. Después de leer y analizar las diferentes lecturas durante el desarrollo del diplomado de la atención centrada en la persona, se ha razonado y observado que el tiempo no es un determinante que condicione la atención médica, pues la toma de decisiones y el empoderamiento no consiste en una sesión única que se limite a imponer la terapéutica, al contrario, son múltiples sesiones destinadas a apoyar la deliberación, discusión y elección influenciada por el respeto a las preferencias de los pacientes como individuos únicos. Así mismo, resulta fácil suponer que el descontrol de las enfermedades crónicas viene por descuido voluntario y falta de interés del paciente ante sus padecimientos, sin considerar los determinantes sociales mencionados que limitan a las personas en muchas ocasiones desde la infancia temprana, el consiguiente nivel educativo, la percepción de la salud y lo que significa en el entorno familiar un estado de enfermedad. Si bien es necesario dar opciones detalladas para la elección informada, resulta aún más importante la forma en que se comunican los profesionales de la salud, la terminología médica a menudo resulta muy confusa para el paciente y pone una barrera al momento de informar, genera dudas que probablemente no puedan ser expresadas ni resueltas, originando la creencia errónea que son los pacientes quienes en realidad no comprenden lo que se intenta transmitir cuando en realidad quien tiene la responsabilidad de brindar información clara y digerible es del profesional médico tratante.^{2'4}

Conclusiones

Centrar la atención de la práctica clínica en la persona que vive con enfermedades crónicas ha adquirido importancia relevante al ser un modelo diferente de la estructura arcaica de la jerarquía donde el médico asumía la toma de decisión basada en su conocimiento y experiencia dejando un papel pasivo para el paciente y sin tomar en cuenta las preferencias, necesidades, el contexto familiar, psicosocial ni los determinantes sociales que influyen en la correcta valoración, pues cada individuo es único, con una historia y circunstancias diferentes que influyen en la elección personalizada de su manejo, por ejemplo, un paciente que vive con Diabetes mellitus

tipo 2 en descontrol cuyas cifras de hemoglobina glicosilada ya requieren iniciar terapia con insulina puede preferir un manejo únicamente con hipoglucemiantes orales, cambios en la alimentación y ejercicio, por falsas creencias sobre la terapéutica propuesta, malas experiencias con médicos tratantes previamente o simplemente el miedo a inyecciones diarias, entonces al considerar estas preferencias basadas en un contexto se puede lograr un compromiso a la adherencia terapéutica y plan nutricional. Por lo anteriormente descrito, se puede afirmar que al involucrar de manera activa al paciente en su propio cuidado se logra una mayor concientización sobre su estado de salud, a la creación de metas propia del paciente y a su empoderamiento como una persona que vive con enfermedades crónicas que conoce las bases de su enfermedad, las opciones terapéuticas informadas que tiene a su disposición, y a su vez conducen a una mayor satisfacción tanto para los pacientes como para el profesional de la salud.

Bibliografía:

1. Resnicow K, Catley D, Goggin K, et al. Shared Decision Making in Health Care: Theoretical Perspectives for Why It Works and For Whom. *Med Decis Making* [Internet]. 2022 [Consultado 5 Agosto 2023]; 42(6):755-764. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9108118/>
2. Costa A, Almendro C. Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente. *Aten Primaria* [Internet]. 2009;41(5):285–287.
3. Thornton R, Glover C, Cené C, et al. Evaluating Strategies For Reducing Health Disparities By Addressing The Social Determinants Of Health. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2016 [Consultado 2 Agosto 2023]; 35(8):1416-1423. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5524193/>
4. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361–67.

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

Medicina basada en Narrativa: Crónicas de una muerte anunciada.

Erika Valdivieso Pineda.

Me llamo Erika Valdivieso Pineda, tengo 24 años y soy médico pasante del servicio social de la licenciatura de Medicina, pero, ¿eso es todo lo que soy? ¿a eso se resume mi existencia? Son preguntas realmente difíciles de contestar, y para las cuales no habría tenido respuestas hasta hace 2 meses. Ser médico nunca fue mi sueño realmente, si puedo ser sincera no recuerdo un solo día de mi infancia en el que anhelara ser doctora, sí anhelaba ser maestra para enseñar a los niños, ser abogada para defender a personas que pudieran necesitarlo, pero ¿para que querría ser doctora?. Mi infancia y adolescencia se resumen en tres palabras: soledad, esperanza y miedo. Soledad suena como una palabra vacía que se siente como una brisa fría que roza la mejilla y alborota tu cabello en medio de un bosque rodeado de pinos altos y muchas ramas tiradas en la tierra alrededor, esperanza suena como el timbre de una casa a la que llegan a visitar a un niño y este se emociona al ver un regalo enorme forrado con papel amarillo y un moño azul, que se puede sentir como el cálido rayo de sol en una mañana de invierno en San Pablo Oztotepec, y finalmente el miedo, una palabra corta pero con mucho significado, que suena como el roce de las ramas secas de un viejo árbol tocando las ventanas de una habitación en plena oscuridad de una noche de octubre. Todo esto toma su importancia por el significado que obtuvieron esas tres palabras los últimos 6 meses del servicio social. Para contextualizar un poco, realizo mi pasantía en San Pablo Oztotepec, Milpa Alta, o bien, el lugar donde abundan los nopales y las montañas, así es, son las luces que se pueden ver en las noches a lo lejos en los cerros de la Ciudad de México, ese lugar que parece tan lejano e inaccesible, al que tienes que llegar al sur y más allá. A pesar de eso, prometía ser un buen año sin guardias, con tiempo suficiente para llegar temprano a casa, preparar comida y comer sin preocupaciones, hacer ejercicio, estudiar y dormir temprano, y realmente así era al principio. El centro de salud era muy bonito, los doctores con los que convivíamos eran muy amables, las personas a las que atendía siempre llegaban con una sonrisa, mis compañeros pasantes muy graciosos, pero entonces ¿qué pasó conmigo? ¿cuál fue la razón de que de pronto ya no me sentía feliz?. La depresión nunca había estado presente en mí con tanta intensidad, y la ansiedad con la que vivía era algo normal en mi día a día, las uñas no podía tenerlas arregladas porque me las terminaba mordiendo, al igual que los labios, y las piernas inquietas no podían faltar, entonces si todo eso ya era algo a lo que estaba acostumbrada y que dormía junto a mi cada noche significaba que ahora había algo que anteriormente no estaba presente, y era el miedo, el famoso e intenso miedo que paraliza como si tuviera a un fantasma frente a mi, y ciertamente, no era

un solo fantasma, sino que eran los fantasmas del pasado y los fantasmas de mi futuro que vivían conmigo en el departamento, los mismos fantasmas con los que comía sentada en el comedor, los que me veían estudiar y los que se acostaban junto a mí a dormir y me acobijaban, aprendieron de mi vida lo necesario para hacerme dudar y sentir inferior, pensar que la esperanza ciertamente existía pero no para mí porque no la merecía. Pasando el tiempo conocí un amor que me hizo creer que era suficiente y que estaba bien ser yo, así que decidí confiar ciegamente y con el alma me entregué, gran error, porque terminó llevándose lo poco que me quedaba y lo que me permitía seguir viviendo, está bien que nos rompan el corazón, pero lo que no es correcto es que se lleven las piezas, por más diminutas que sean quedas incompleta después que te destruyen de esa manera. Acá comienza la travesía de mi calvario, no porque se hubieran llevado lo que quedaba de mí, sino porque yo me quedé sin saber cómo vivir nuevamente, sin saber quién era yo realmente y sin recordar por qué estaba ahí en ese momento, fue como sentir que me encontraba en un laberinto que tiene un enorme tesoro en medio pero claro, el precio para llegar a ese tesoro era perderse entre muchos caminos que conducían a lugares diferentes y al final sólo si eras lo suficiente valiente te arriesgarías a tomar varios caminos hasta llegar al correcto y ese te conducía al premio. Noviembre, el onceavo mes del año, un mes frío, ideal para tomar chocolate caliente sentado en la sala con una cobija sobre las piernas y un libro o película que de tranquilidad, así se suponía que debía ser, esperé once largos meses para ese momento, y al final terminé postrada en una cama, sin bañarme, sin cambiarme mi pijama navideña favorita, con un moño que recogía mi cabello desaliñado, ojos hinchados y nariz congestionada de tanto llorar, noches enteras de insomnio y mañanas de oscuridad por las cortinas gruesas y oscuras que impedían que la luz entrara a mi habitación a la que claramente era mi refugio para tanto dolor. Como médicos estamos acostumbrados al dolor físico, tanto de las personas a las que atendemos ya sea por cólicos, dolores opresivos como el del infarto, una cefalea o incluso una apendicitis, aprendemos a través de los años a identificar un dolor característico de apendicitis y podríamos incluso diagnosticarlo con los ojos cerrados cuando ya se ha tenido experiencia en esos casos, pero lo difícil es cuando lo que duele no es un órgano, no es la piel, sino el alma, cuando duele la vida, ya que para eso no hay medicamentos, no hay cirugías ni quimioterapias que puedan reducir o eliminar ese dolor, porque para empezar hay que saber reconocer ese dolor y su semiología, cómo es, por qué duele, qué lo exagera, qué lo disminuye, con qué desaparece, había sentido un dolor similar anteriormente, qué intensidad tiene, cuanto tiempo de evolución tiene, dónde se localiza, que frecuencia tiene, a dónde se irradia. No siempre se tienen las respuestas a esas preguntas, e incluso si las respuestas estuvieran presentes resultarían muy difíciles de contestarlas en voz alta y continuaríamos sin tener la manera de buscar el mejor tratamiento para nuestro dolor de la vida. Siempre pensaba en lo triste que sería la vida cuando se acababan las ganas, pues son las que nos mueven día a día,

ganas de despertar, ganas de tomar un baño con agua tibia, ganas de usar una ropa que nos haga sentir bien, ganas de usar nuestro perfume favorito y maquillarnos como la modelo que nos gustó en redes sociales, ganas de salir de casa a comernos el mundo porque queremos y podemos hacerlo, hasta que de pronto llega el amanecer y queremos quedarnos todo el día bajo unas cobijas de borrega, donde las horas apenas se perciben y el sueño es nuestro mejor amigo, pues nos protege y permite que la mente tome un respiro, hasta que la misma mente se cansa de descansar y comienza a querer liberarse, rompe con tu sueño, rompe con tu seguridad y comienza un complot hacia tu persona, trayendo a flote los recuerdos más dolorosos de los que incluso ya no eras consciente porque ocupaban los lugares más ocultos del subconsciente, y finalmente te pone en primer lugar la idea más brillante que podría tener para detener el dolor, una nueva amiga que conocí en mi momento más difícil y la que prometió quedarse conmigo, se llama Muerte. Mi nueva amiga me acompañaba a todas partes y como lo prometió, estuvo a mi lado todo ese tiempo, me aconsejaba, platicaba conmigo, me abrazaba en aquellas noches cuando lo único que podía hacer era dar vueltas a la cama porque mis ojos ya se habían cansado de llorar, y me hacía despertar con el propósito de cada vez llevarme a su mundo, me lo describía de tal manera que resultaba muy tentador no despreciar el viaje, un viaje en donde sólo había un boleto de ida pero ya no había un boleto de regreso, el paraíso para mí en ese momento, donde ya no pasaría noches de insomnio ni días de dudas e incertidumbre, donde no tendría una familia ni amigos a los cuales preocupar, sólo seríamos mi querida amiga muerte y yo, incluso me prometió flores diarias de diferentes colores y aromas y al año una fiesta en mi honor por el día en que decidí emprender ese viaje. Finalmente me convenció y una noche de noviembre agradecí por la vida que tuve pero que no quería, elegí mi pijama favorita, puse mi canción favorita y mirando el cielo dije adiós a una vida a la que no quería pertenecer, acto seguido tuve una sobredosis de medicamentos que tenía al alcance, y vi lentamente cómo me despedía de este mundo, un mundo al que no le haría falta. Mi decepción fue cuando mi querida amiga ya no estaba y sólo quedaba la intensa luz del amanecer, supuse que hasta para morir había hecho todo mal. Otra decepción. Recibí llamadas y visitas por mi ausencia, me sorprendió que estuvieran celosos de mi nueva mejor amiga con la que quería estar para siempre, pero eso hizo que la ahuyentaran de alguna manera que me resultaba difícil de comprender. Me gustaría hacer una pausa y decir que durante el tiempo en el que comencé mi nueva amistad, existió una sola persona que escuchó como gritaba internamente y cómo tronaban los pedazos de mi alma como si fueran vidrios aplastados por una bota pesada, un ser humano que me dio su mano y hombro para que yo pudiera tener un apoyo y un lugar dónde llorar, a esa persona llamada Víctor, gracias, sólo en el momento en el que todo se oscurecía en esa noche de otoño cuando emprendía mi viaje sin retorno, pensé en cómo se sentiría decepcionado o triste por mi partida, y aún así después que sobreviví nuevamente escuchó como me rompía

en pedazos pese a mis intentos por pegar con cinta los restos que quedaban de mí. Así que tuve que despedir a mi amiga, le agradecí por haber venido a cuidar de mí y no dejarme sola, nos abrazamos y ella prometió que algún día volvería, quizás de manera repentina, quizás cuando yo la volviera a buscar o sólo conforme el paso del tiempo nuestros caminos se volverían a cruzar, pero volvería, me hizo esa promesa, me anunció su regreso y yo lo acepté a cambio que me diera la oportunidad de ahora que ya no estaría presente en mis días, yo pudiera encontrar a otra amiga a la que llamaría Esperanza.

Y así, ella vivió y la Esperanza también.

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

Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III San Pablo Oztotepec a cargo de Erika Valdivieso Pineda.

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

Tabla No. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a febrero de 2023	22	70.9677
Nuevo ingreso a partir de febrero de 2023	9	29.0322
Recuperados a partir de febrero de 2023	0	
Total	31	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024.

Durante el año de realización de servicio social hubieron 9 paciente de nuevo ingreso al proyecto.

Nota:

Nuevo ingreso se refiere a personas que por primera vez se incorporan al proyecto para su atención y seguimiento en cualquier momento entre febrero de 2023 y enero de 2024.

Recuperados se refiere a pacientes que ya habían sido atendidos en el proyecto, pero que por cualquier razón y durante algún tiempo dejaron de recibir esa atención, pero que nuevamente se incorporaron al proyecto en cualquier momento entre febrero de 2023 y enero de 2024.

Tabla No. 2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo febrero 2023 – enero 2024
 Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Condición de participación	de	No	%
Activas	31		100%
No activas	0		0%
Total	31		100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024.

Los 31 pacientes pertenecientes al proyecto y reportados se encuentran activos, considerándose no activos como aquel paciente que no ha acudido a una consulta en un tiempo mayor a 3 meses.

Nota:

Activos: Se refiere a personas atendidas en el proyecto que acudieron con regularidad a sus consultas programadas a lo largo del periodo enero 2023 – enero 2024.

No activas: Se refiere a personas que, por cualquier motivo y de acuerdo con los criterios del Centro de Salud dejaron de acudir a su atención dentro del proyecto.

Tabla No. 3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas durante el periodo febrero 2023 – enero 2024
 Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	0	0%
Cambio de institución que le atiende	0	0%
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	0	0%
Falleció	0	0%
Otro motivo	0	0%
Se ignora	0	0%
Total	0	0%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024.

No se cuenta con pacientes que hayan dejado de asistir a sus consultas y sean considerados No Activos.

2. Información demográfica:

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo al sexo
Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Sexo	No	%
Femenino	22	29.03%
Masculino	9	70.97%
Otra asignación	0	0%
No hay dato	0	0%
Total	31	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024.

De la totalidad de los pacientes atendidos, el 70.97% fue del sexo femenino, lo cual se interpretar que más de un tercio de la población son mujeres las que acuden a consultas de control y seguimiento de sus enfermedades crónicas.

Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a edad
 Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	2	6.45%
40 – 49 años	5	16.12%
50 – 59 años	12	38.70%
60 – 69 años	8	25.80%
70 – 79 años	3	9.67%
80 y más años	1	3.22%
Total	31	99.96%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024.

La población que conforma la mayor parte de los pacientes atendidos en el proyecto se encuentra en la edad de 50-59 años.

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a edad y sexo
 Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad \ Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 29 años	0	0%	0	0%	0	0%
30 – 39 años	1	4.347%	1	12.5%	2	6.45%
40 – 49 años	4	17.391%	1	12.5%	5	16.12%
50 – 59 años	10	43.478%	2	25%	12	38.70%
60 – 69 años	6	26.086%	2	25%	8	25.80%
70 – 79 años	2	8.695%	1	12.5%	3	9.67%
80 y más años	0	0%	1	12.5%	1	3.22%
Total	23	100	8	100	31	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

La mayor parte de los pacientes atendido corresponden al género femenino que se encuentran en un rango de edad de 50-59 años.

1. Diagnóstico y seguimiento

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a edad
Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

No de consultas	No de pacientes	%
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	3	9.6774%
5	5	16.1290%
6	3	9.6774%
7	1	3.2258%
8	1	3.2258%
9	5	16.1290%
10	4	12.9032%
11	8	25.8064%
12 y más	1	3.2258%
Total	31	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

El 25.8064% de las personas atendidas durante el año del servicio social acudió a 11 consultas de seguimiento, seguidas del 16.1290% correspondiente a 5 y 9 consultas para el control de sus enfermedades.

Tabla No. 8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0
Hipertensión arterial	0	0
Diabetes Mellitus tipo 2	1	3.2258
Dislipidemia	0	0
Obesidad e hipertensión	0	0
Obesidad y diabetes	0	0
Obesidad y dislipidemia	0	0
Diabetes e hipertensión	0	0
Obesidad, hipertensión y diabetes	0	0
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	6.4516
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	4	12.9032
Total	7	22.5806

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Del porcentaje total de pacientes (31 pacientes=100%), sólo el 22.5806% cumple con diagnósticos especificados sin considerar Sobrepeso como un diagnóstico. El sexo femenino representa el 12.9032% que cumple con cuatro diagnósticos simultáneos .

Tabla No. 9
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero
2023
– enero 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo
Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Dx Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial	0	0	0	0	0	0
Diabetes Mellitus tipo 2	1	3.2258	0	0	1	3.2258%
Dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Obesidad e hipertensión	0	0	0	0	0	0
Obesidad y diabetes	0	0	0	0	0	0
Obesidad y dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Diabetes e hipertensión	0	0	0	0	0	0
Obesidad, hipertensión y diabetes	0	0	0	0	0	0
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	3.2258	1	3.2258	2	6.4516
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	4	12.9032	0	0	4	12.9032
Total	6	19.3248	1	3.2258	7	22.5806

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años		
30 – 39 años	1	4.1666
40 – 49 años	3	12.5
50 – 59 años	9	37.5
60 – 69 años	8	33.3333
70 – 79 años	2	8.3333
80 y más años	1	4.1666
Total	24	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de Hipertensión	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	0	0%
40 – 49 años	2	16.6666
50 – 59 años	3	25
60 – 69 años	4	33.3333
70 – 79 años	2	16.6666
80 y más años	1	8.3333
Total	12	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	2	6.6666
40 – 49 años	5	16.6666
50 – 59 años	12	40
60 – 69 años	7	23.3333
70 – 79 años	3	10
80 y más años	1	3.3333
Total	30	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	2	6.8965%
40 – 49 años	4	13.7931%
50 – 59 años	12	41.3793%
60 – 69 años	8	27.5862%
70 – 79 años	3	10.3448%
80 y más años	0	0%
Total	29	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	0	0%
40 – 49 años	1	20%
50 – 59 años	1	20%
60 – 69 años	2	40%
70 – 79 años	1	20%
80 y más años	0	0%
Total	5	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	1	10%
40 – 49 años	1	10%
50 – 59 años	4	40%
60 – 69 años	3	30%
70 – 79 años	1	10%
80 y más años	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024.

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	1	9.090%
40 – 49 años	1	9.090%
50 – 59 años	4	36.3636%
60 – 69 años	4	36.3636%
70 – 79 años	1	9.090%
80 y más años	0	0%
Total	11	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 17. Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	0	0%
40 – 49 años	2	18.1818%
50 – 59 años	3	27.2727%
60 – 69 años	3	27.2727%
70 – 79 años	2	18.1818%
80 y más años	1	9.0909%
Total	11	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 18. Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	0	0%
40 – 49 años	1	25%
50 – 59 años	1	25%
60 – 69 años	1	25%
70 – 79 años	1	25%
80 y más años	0	0%
Total	4	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 19. Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia
 Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	0	0%
40 – 49 años	2	20%
50 – 59 años	3	30%
60 – 69 años	3	30%
70 – 79 años	2	20%
80 y más años	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

De los pacientes atendidos, la mayor prevalencia de un triple diagnóstico se encuentra distribuida entre los 50 a 69 años.

Tabla No. 20. Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia
 Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 21. Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa
 Periodo febrero 2023 – enero 2024
 Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	8	25.8064	7	22.5806	15	48.3870
Fuera de control	5	16.1290	11	35.4838	16	51.6129
Total	13	41.9354	18	58.0644	31	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

El 58.0644 de las glicemias para considerar el adecuado control provienen de tomas de glicemias venosas y el 41.9354% de glucemias capilares. Del total de pacientes, el 51.6129% se encuentran fuera de control.

Tabla No. 22
 Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada
 Periodo febrero 2023 – enero 2024
 Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetro de	No	%
Control	17	54.8387
Fuera de control	14	45.1612
Total	31	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024.

Considerando los parámetros de hemoglobina glicosilada, el 54.8387% (17 pacientes) se encuentran en control.

Tabla No. 23
Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control

Periodo febrero 2023 – enero 2024
Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetro de	No	%
Control	30	96.7741
Fuera de control	1	3.2258
Total	31	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

El 96.7741% corresponde a pacientes con hipertensión arterial en control, correspondiente a pacientes que han mantenido las cifras tensionales dentro de metas los últimos 3 meses.

Tabla No. 24
Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico

Periodo febrero 2023 – enero 2024
Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetro de	No	%
Control	24	77.4193
Fuera de control	7	22.5806
Total	31	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

De acuerdo a los registros de los últimos 3 meses, el 77.4193% de los pacientes mantienen un colesterol en control.

Tabla No. 25

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos
 Periodo febrero 2023 – enero 2024
 Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetro de	No	%
Control	11	35.4838
Fuera de control	20	64.5161
Total	31	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Según los últimos 3 registros de niveles de triglicéridos, el 64.5161% se encuentra en rangos de descontrol.

Acción comunitaria

El modelo expandido de cuidados crónicos. La incorporación de la promoción de la salud.

El concepto de "Promoción de la Salud" surgió de manera definitiva hace casi 40 años, en un documento que es la Carta de Ottawa, más allá de citar de manera literal lo que enuncia en dicho documento, es importante tener claro lo que representa, el cual constituye una propuesta de mejorar la vida de las personas, sin enfocarse en el aspecto de "enfermedad", sino apuntar al aspecto de la salud, una salud que sea integral, que abarque todos los elementos necesarios para un bienestar total, donde las personas pueden tener la capacidad de ser ellos mismos quienes tengan en sus manos el control de su salud, la posibilidad de realizar comportamientos saludables, que puedan traducirse en entornos saludables. Al hacer esta reflexión sobre la promoción de la salud encuentro muchos elementos en común con el modelo de atención integral, ya que es a partir de ahí que ha nacido, se habla de entornos saludables, de desarrollo de habilidades, políticas saludables acción comunitaria, reorientación de servicios sanitarios, todos ellos aspectos del modelo expandido (3). Un aspecto importante en el Diplomado, en la promoción de la salud y en el MAICP son los Determinantes Sociales de la Salud, los cuales determinarán primero que nada las posibilidades que tienen las personas a acceder a servicios de calidad, de lograr un desarrollo óptimo, de tener o no las herramientas necesarias para poder satisfacer

sus necesidades, más que nada, de poder vivir una vida de verdad, con calidad y con opciones. Desafortunadamente existen limitantes como las desigualdades sociales, las cuales harán un contraste significativo entre las personas afortunadas y beneficiadas, pero también personas con dificultades y con muchos obstáculos para poder lograr sus metas, y quien lo vea de manera externa o no se detenga a pensar en la problemática, sólo señalará con un dedo y dirá que la culpa es de las personas "que no se cuidan", "que no tienen las ganas o la voluntad de mejorar", y esto no es así, porque se equivocan, la voluntad o las ganas no significan nada si las condiciones no cooperan, si los demás erróneamente dicen "cambia tus estilos de vida", esto no será suficiente, ya que ese no es el centro del problema, las costumbres no están determinadas por el "querer" sino por lo que la sociedad te otorga para mejorar, y si ese problema no se empieza a visibilizar y a trabajar, claramente no dejará de existir. El valor de la promoción de la salud es que aún tiene mucho que aportar, el claro ejemplo son los modelos de promoción de la salud, los cuales van desde lo individual a lo colectivo, a la sociedad, pueden tener un enfoque político y social, un enfoque en lo que es la salud como componente principal, un enfoque institucionalista, en modelos ecológicos o incluso del autocuidado (concepto que es fundamental para el modelo) (4).

Retomando este último, también se ha presentado como el "cuidado de sí", donde se asume que la persona tiene la capacidad de procurarse a sí misma y al mismo tiempo a cuidar de otros, sabiendo que la salud es un proceso que se construye constantemente, aunados a este existen muchos otros métodos pero los que deseo resaltar son aquellos donde habla del poder de la comunidad, por ejemplo el modelo de salud comunitaria, donde la participación es la clave, el trabajo en conjunto es mucho más eficiente y va encaminado a los consejos de salud (otro elemento que forma parte del modelo expandido). Esta relación entre modelos que pueden aplicarse y que demuestran tener resultados son la razón de la importancia del MAICP, esto brinda a su vez la oportunidad de hablar de un aspecto importante del modelo: Los encuentros donde unos a otros nos cuidamos y buscamos que haya espacios óptimos que favorezcan la salud.

LOS ENCUENTROS DE SALUD DURANTE EL PERIODO DE SERVICIO SOCIAL

Para junio del 2023 se planificó la realización del 5° Encuentro de Pacientes, desde unos días antes de esa fecha tuvimos un par de sesiones donde nos explicaron e qué consistían los Encuentros, se llevó a cabo un par de ensayos sobre cómo era la dinámica de los grupos de discusión, en el que la dinámica se trataba de que nosotros hablamos de las vivencias que habíamos tenido durante la carrera, el internado y el tiempo que llevábamos cursando el servicio social, haciendo una simulación a cómo los pacientes hablarían de su enfermedad, de su salud y del contexto en el que viven,

recuerdo que a mi Jurisdicción le tocaba un jueves, pero desde que se empezó a planificar sentí que no saldría como se quería, debido a a distintas situaciones, mencionando algunas, para esa fecha yo ya tenía asignadas mis vacaciones para ese periodo, aún así, realicé llamadas para invitar a mis pacientes, pero tanto ellos como yo sentíamos que era todo muy precipitado recuerdo que varios mostraron mucho entusiasmo por querer asistir, el problema fue que la sede se encontraba muy lejos de sus hogares, incluso del mío, ya que por cuestiones de facilidad yo me mudé cerca de mi centro de salud, conforme más se acercaba la fecha yo me ponía más nerviosa, ya que sentía que era un evento muy importante, y el cual requería mi atención y compromiso total, y por muchos factores no podría estar, me sentía mal de no poder dar todo de mí en esta muestra de participación de la comunidad, al final como bien lo presentía las cosas no salieron como hubiéramos querido, ya que por la distancia y el poco tiempo disponible no asistió ningún participante de mi centro de salud al encuentro, debo mencionar que al principio realmente sentí alivio porque no me sentía preparada para mi primer encuentro, y entonces creí que cuando fuera el siguiente a finales de año estaría lista entonces, pero después, cuando tuve la oportunidad de escuchar la retroalimentación de los encuentros que sí se realizaron con mis otros compañeros en otras jurisdicciones me sentí muy triste por no haber tenido la oportunidad de vivir esa experiencia y me sentí peor cuando por cuestiones de planeación ya no me fue posible asistir a otro encuentro en el tiempo que me restaba haciendo mi servicio social.

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

El módulo 4 se desarrolló a lo largo del año de duración del diplomado, que incorporaba a las dos promociones participantes del servicio social los viernes correspondientes a las sesiones vía Zoom. Durante la sesión, los médicos pasantes presentaban un caso clínico que resultaba de su interés particular, describiendo a la persona que vive con enfermedades crónicas, su red de apoyo, sus fortalezas, su padecimiento, sus patologías de base y finalmente el abordaje que le daban. Después de que el caso clínico era presentado, surgían dudas a cerca de cómo ha vivido la persona su enfermedad, cuáles habían sido sus limitantes, cuáles habían sido las estrategias de afrontamiento, de qué manera se podría hacer una mayor intervención y muchas veces se debatía sobre la toma de decisiones terapéuticas de manera compartida con la persona. De igual manera contábamos con la participación de asesores clínicos que ayudaban a resolver las dudas acerca del abordaje de los casos clínicos. De la revisión de casos clínicos surgían temas que muchas veces para nosotros los pasantes eran difíciles de abordar, tales como el componente psicoemocional de la

persona que vive con enfermedades crónicas, de lo cual posteriormente se hizo una sesión exclusiva para hablar del significado que otorgar personas a sus patologías y su entorno, concluyendo que nosotros también podemos ser capaces de abordar la salud emocional en las consultas de seguimiento y no únicamente referir al paciente a un servicio al que quizás resulte muy difícil obtener una consulta. Además, se revisaron protocolos de atención de Hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo 2, los cuales rigen la práctica clínica, derivado de eso surgió la necesidad de una revisión más exhaustiva del uso correcto de la insulino terapia para el control de la diabetes, ya que resulta en muchas ocasiones un reto ante el paciente si nosotros como personal médico de primer contacto no tenemos las bases para un correcto manejo.

4. Conclusiones.

La realización del servicio social en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) me permitió tener un mayor panorama de lo que significa ejercer la práctica médica en el primer nivel de atención, y sobre todo, comprender que la salud no se presenta de la misma manera en las distintas jurisdicciones de la ciudad, está influida por los determinantes sociales. Explicando un poco más, el primer nivel de atención es la base de los sistemas de salud, permite múltiples intervenciones para la salud a los distintos grupos de edad que van desde tamizajes a niños, mujeres y adultos mayores, es el nivel de atención más importante y desde el cuál se puede evitar que las personas tengan la necesidad de acudir o ser referidas a un segundo o tercer nivel de atención cada vez más especializado. La prevención y la promoción a la salud está cobrando mayor importancia hoy en día por las múltiples enfermedades crónicas no transmisibles y la alta demanda de consultas de especialidad, pero si se hiciera un correcto abordaje desde la consulta de diagnóstico y las consultas subsecuentes, entonces el panorama epidemiológico sería diferente. Es así, que la integración del diplomado del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP) permite adquirir a los médicos pasantes una visión más allá de la atención tradicional de las universidades de las que somos egresados, dejando de lado la práctica centrada en la enfermedad y poniendo al centro de la atención a la persona que vive con la enfermedad y las necesidades para ella, partiendo de los distintos ejes sobre los que se debe trabajar, es importante identificar cuáles pudieran ser las limitantes de las personas para lograr el cuidado para posteriormente lograr el control de sus enfermedades, involucrándola activamente en sus enfermedades, promoviendo la autogestión y el autocuidado, así como el empoderamiento para finalmente llegar a la toma de decisiones compartidas con el médico tratante, y obtener los mejores resultados respecto a las expectativas de la persona sobre cómo vive su enfermedad, es decir, su padecimiento, con resultados favorables realmente demostrados sobre una mayor adherencia al tratamiento, una

participación voluntaria y activa en sus consultas, y vivir una vida como si no tuviera la enfermedad crónica.

Durante los años de la implementación del MAICP en los centros de salud de la secretaría de salud se han visto cambios significativos en los controles de las personas que viven con las enfermedades crónicas no transmisibles, y eso ha sido gracias a algunas ventajas que resaltan como el apoyo para la que en ciertos consultorios pueda existir un consultorio para que los pasantes brinden consulta de acuerdo a lo planteado en el modelo, sin embargo, me parece que existen más desventajas que limitar poner en marcha este modelo de atención como que son realmente muy pocas las unidades que cuentan con esta oportunidad de práctica médica, y por cada unidad sólo existe un módulo o consultorio que no cuenta muchas veces con lo básico para la atención de enfermedades crónicas, además del tiempo que se destina para una consulta en donde se tienen que abarcar múltiples temas relacionados con la persona y su entorno, su alimentación, actividad física, pero ante la gran demanda de paciente con los que se cuenta y la necesidad de que los pasantes se involucren en otras actividades del centro de salud, resulta muchas veces difícil la atención, de igual manera el presupuesto destinado para los medicamentos no es el mismo en las distintas jurisdicciones, por lo que el desabasto suele estar presente la mayor parte del año. Finalmente, ante lo vivido en el año de servicio social puedo felizmente decir que las personas responden a la atención que se les brinda, cuanto mayor es el énfasis en poner en práctica este modelo que se centra en las personas, su contextos, sus posibilidades, limitaciones y aspiraciones como personas que viven una vida propia, ya sea que tengan un papel de madre, padre, hija, hermana o hermano, tienen cada uno de ellos aspiraciones diferentes sobre sus enfermedades siendo las más importantes el poder comer lo mismo que el resto de su familia, no desarrollar complicaciones y sobre todo llevar una vida como la que tenían antes de que se les diagnosticara la enfermedad, y por lo tanto, si enfocamos la consulta en cumplir las metas que se establezcan se podrá ejercer cada día una mejor práctica médica, donde se atienden personas no enfermedades.

5. Referencias bibliográficas

1 Barr V, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded Chronic Care Model: An Integration of concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model Hospital Quarterly, 2003 7;1: e069875.

2 Shyong T, Tong Y. Person-centred care in diabetes: what is it based on and does it work? The Singapore Family Physician 2020; 4 6(7).

3 Duncan K. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Salud Publica Educ Salud 2001; 1 (1): 19-22

4 Franco-Giraldo A. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. Hacia Promoc. Salud. 2022; 27(2): 237-254. DOI: 10.17151/hpsal.2022.27.2.17

6. Anexos

INFORME TRIMESTRAL DEL SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA (O TÉRMINO DE CADA ROTACIÓN)

1. IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	Valdivieso Pineda Erika
CARRERA:	Médico Cirujano
ESCUELA DE PROCEDENCIA:	Universidad Autónoma Metropolitana
PROMOCIÓN	Febrero 2023 – Enero 2024
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCION SANITARIA	CST-III San Pablo Oztotepec Milpa Alta
PERIODO QUE REPORTA:	Primer trimestre (Febrero 2023 – Abril 2023)
FECHA DE ENTREGA:	04/Julio /2023

2. SESIONES ACADÉMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	CST III San Pablo Oztotepec
NÚMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIÓ	8-TUBERCULOSIS, CANCER DE MAMA, CANCER CERVIUTERINO, CEDULA DE DETECCION DE CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS, CARTILLA DE VACUNACIÓN, DIABETES EN EL EMBARAZO, ENFERMEDADS RESPIRATORIAS AGUDA, RICKETTSIOSIS.
PARTICIPÓ EN CAPACITACIÓN AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	NO
PARTICIPÓ COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENCIA)	NO

3. ACTIVIDADES DE CAMPO

ACTIVIDAD	
PRIMERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (Febrero)	SI
SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE SALUD (Mayo)	NO
TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (Octubre)	NO
CAMPAÑA ANTIRRABICA CANINA	NO
CERCOS EPIDEMIOLÓGICOS (ESPECIFICAR)	NINGUNO
ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO	NO
PLÁTICAS EDUCATIVAS	NO

OTROS	NO
-------	----

4. ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NÚMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	0	
CONSULTAS SUBSECUENTES	129	
HISTORIAS CLINICAS	1	
DETECCIÓN DIABETES	0	
DETECCION CACU (NO. DE CITOLOGÍAS REALIZADAS)	0	
DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA	0	
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0	
DETECCIÓN ADICCIONES	0	
DETECCION DE VIOLENCIA FAMILIAR	0	
ATENCIÓN PRENATAL	1	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	1	
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	0	
CONTROL DEL NIÑO SANO	0	
TOTAL DE CONSULTAS CON TUTOR	0	
TOTAL DE CONSULTAS SIN TUTOR	129	
CERTIFICADOS MÉDICOS	0	
OTROS	0	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

Dr. Héctor Manuel Figueroa DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD	Dra. Erica Ramírez Chávez JEFA(E) DE ENSEÑANZA JURISDICCIONAL
---	---

Dra. Isis Tenorio Hernández COORDINADOR Y/O TUTOR	Erika Valdivieso Pineda NOMBRE DEL PASANTE
---	--



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INFORME FINAL Y/O TRIMESTRAL DE LOS PASANTES DE SERVICIO SOCIAL DE ÁREAS MARGINADAS DE LAS CARRERAS DE MEDICINA, ODONTOLOGÍA Y ENFERMERÍA

1. IDENTIFICACIÓN

1.1 DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PASANTE	
ESCUELA O FACULTAD DE PROCEDENCIA	
PROMOCIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARIA:	
UNIDAD DE SALUD Y JURISDICCIÓN DE REASIGNACIÓN (EN SU CASO)	

1.2 ORGANIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

FECHA Y SEDE DEL CURSO DE INDUCCIÓN	
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD	
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	
NÚMERO DE INFORMES MENSUALES Y/O TRIMESTRALES ENTREGADOS	
FECHA DE ENTREGA DEL INFORME FINAL	
NOMBRE DEL COORDINADOR	
NOMBRE DEL TUTOR	

1.3 SUPERVISIÓN

INSTITUCIÓN	RECIBIO SUPERVISION	
	SI	NO
S.S.P.CDMX		
ESCUELA O FACULTAD		

JURISDICCIÓN SANITARIA		
UNIDAD DE SALUD		
NO RECIBIÓ SUPERVISIÓN		

NOTA: MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE

1.4 DIAGNÓSTICO DE SALUD

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

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

NO.	MORBILIDAD	MORTALIDAD
1	Hipertensión Arterial Sistémica	
2	Diabetes Mellitus	
3		
4		
5		

1.4.2 PRINCIPALES ACCIONES REALIZADAS PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA:

1.5 PROYECTO DE INTERVENCIÓN

1.5.1 TÍTULO DEL PROYECTO: _____

1.5.2 RESUMEN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN:

INFORME TRIMESTRAL DEL SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA (O TÉRMINO DE CADA ROTACIÓN)

5. IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	Valdivieso Pineda Erika
CARRERA:	Médico Cirujano
ESCUELA DE PROCEDENCIA:	Universidad Autónoma Metropolitana
PROMOCIÓN	Febrero 2023 – Enero 2024
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCION SANITARIA	CST-III San Pablo Oztotepec Milpa Alta
PERIODO QUE REPORTA:	Tercer trimestre (Mayo 2023 – Julio 2023)
FECHA DE ENTREGA:	31/Octubre /2023

6. SESIONES ACADÉMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	CST III San Pablo Oztotepec
NÚMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIÓ	10-JORNADA NACIONAL, SINDROME DE TURNER, SALUD BUCAL EN EL EMBARAZO, VPH, RABIA HUMANA, ACCIONES ESCENCIALES, TUBERCULOSIS PULMONAR, CODIGO INFARTO, EDAS SEGUNDA JORNADA DE VACUNACION
PARTICIPÓ EN CAPACITACIÓN AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	NO
PARTICIPÓ COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENCIA)	NO

7. ACTIVIDADES DE CAMPO

ACTIVIDAD	
PRIMERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (Febrero)	SI
SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE SALUD (Mayo)	SI
TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (Octubre)	NO
CAMPAÑA ANTIRRABICA CANINA	SI
CERCOS EPIDEMIOLÓGICOS (ESPECIFICAR)	NINGUNO
ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO	NO
PLÁTICAS EDUCATIVAS	NO
OTROS	NO

8. ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NÚMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	10	
CONSULTAS SUBSECUENTES	131	
HISTORIAS CLINICAS	15	
DETECCIÓN DIABETES	0	
DETECCION CACU (NO. DE CITOLOGÍAS REALIZADAS)	0	
DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA	0	
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0	
DETECCIÓN ADICCIONES	0	
DETECCION DE VIOLENCIA FAMILIAR	0	
ATENCIÓN PRENATAL	3	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	0	
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	8	
CONTROL DEL NIÑO SANO	0	
TOTAL DE CONSULTAS CON TUTOR	0	
TOTAL DE CONSULTAS SIN TUTOR	141	
CERTIFICADOS MÉDICOS	0	
OTROS	0	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

<p>Dr. Héctor Manuel Figueroa DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD</p>	<p>Dra. Erica Ramírez Chávez JEFA(E) DE ENSEÑANZA JURISDICCIONAL</p>
<p>Dra. Isis Tenorio Hernández COORDINADOR Y/O TUTOR</p>	<p>Erika Valdivieso Pineda NOMBRE DEL PASANTE</p>



INFORME FINAL Y/O TRIMESTRAL DE LOS PASANTES DE SERVICIO SOCIAL DE ÁREAS MARGINADAS DE LAS CARRERAS DE MEDICINA, ODONTOLOGÍA Y ENFERMERÍA

2. IDENTIFICACIÓN

1.6 DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PASANTE	
ESCUELA O FACULTAD DE PROCEDENCIA	
PROMOCIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARIA:	
UNIDAD DE SALUD Y JURISDICCIÓN DE REASIGNACIÓN (EN SU CASO)	

1.7 ORGANIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

FECHA Y SEDE DEL CURSO DE INDUCCIÓN	
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD	
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	
NÚMERO DE INFORMES MENSUALES Y/O TRIMESTRALES ENTREGADOS	
FECHA DE ENTREGA DEL INFORME FINAL	
NOMBRE DEL COORDINADOR	
NOMBRE DEL TUTOR	

1.8 SUPERVISIÓN

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

NOTA: MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE

1.9 DIAGNÓSTICO DE SALUD

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

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

NO.	MORBILIDAD	MORTALIDAD
1	Hipertensión Arterial Sistémica	
2	Diabetes Mellitus	
3		
4		
5		

1.9.2 PRINCIPALES ACCIONES REALIZADAS PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA:

1.10 PROYECTO DE INTERVENCIÓN

1.5.1 TÍTULO DEL PROYECTO: _____

1.5.2 RESUMEN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN: