



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

LICENCIATURA EN MEDICINA

DIAGNÓSTICO DE LA USPN T-III AMPLIACIÓN HIDALGO

JURISDICCIÓN SANITARIA TLALPAN

PROMOCIÓN AGOSTO 2025-JULIO 2026

REALIZÓ: MPSS BIBIANA SALAZAR BOLAÑOS
MATRÍCULA: 2192036705

ASESORAS:

DRA. ALEJANDRA GASCA GARCÍA
DRA. DANIELA FERNÁNDEZ ALVARADO

1. ÍNDICE

1. ÍNDICE.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	3
2.1 Definición de diagnóstico de salud.....	3
2.2 Tipos de diagnóstico.....	3
3. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES.....	4
3.1 Antecedentes de Tlalpan.....	4
3.2 Orografía, hidrografía y clima.....	5
3.3 Población.....	6
3.3.1 Migración.....	6
3.3.2 Natalidad.....	7
3.3.3 Mortalidad.....	7
3.4 Determinantes sociales.....	8
3.4.1 Vivienda.....	8
3.4.2 Educación.....	8
3.4.3 Analfabetismo.....	9
3.4.4 Trabajo y riesgos de trabajo.....	9
4. JUSTIFICACIÓN.....	10
5. OBJETIVOS.....	10
5.1 Objetivo general.....	10
5.2 Objetivos específicos.....	10
6. METODOLOGÍA.....	11
6.1 Diseño del estudio.....	11
6.2 Población.....	11
6.3 Recopilación de información.....	11
6.4 Variables y definiciones operacionales.....	12
6.5 Plan de análisis.....	13
7. RESULTADOS.....	13
8. DISCUSIÓN.....	17
9. CONCLUSIONES.....	18
10. BIBLIOGRAFÍA.....	19

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Definición de diagnóstico de salud

El diagnóstico de salud es un instrumento fundamental en salud pública que permite analizar de manera integral la situación de una población específica, identificando factores que influyen en el proceso salud-enfermedad y en la calidad de vida de sus habitantes (1).

Para su elaboración se consideran tres componentes principales: los determinantes sociales, los riesgos y daños a la salud, y la respuesta social organizada (1). Los determinantes sociales comprenden las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen, las cuales influyen directamente en su estado de salud (2). Por otro lado, los riesgos y daños hacen referencia a las problemáticas concretas que afectan a la población, como enfermedades o condiciones que deterioran su bienestar. Finalmente, la respuesta social organizada incluye los recursos institucionales y comunitarios disponibles para atender dichas necesidades.

El diagnóstico de salud se sustenta en principios como la sistematización del análisis, la participación social y el trabajo interdisciplinario, elementos fundamentales dentro de los procesos de planificación en salud pública (3). Asimismo, incorpora la integralidad, entendida como la atención desde un enfoque biopsicosocial, y reconoce a la comunidad como un actor activo en la identificación y solución de sus problemas de salud (4).

2.2 Tipos de diagnóstico

Dentro del campo de la salud pública se han descrito distintos enfoques para la elaboración del diagnóstico. Mario Testa plantea tres tipos principales: administrativo, estratégico e ideológico (5).

El diagnóstico administrativo se centra en evaluar la utilización y eficiencia de los recursos destinados a la atención de la salud. El diagnóstico estratégico permite identificar necesidades prioritarias y áreas de oportunidad para adaptar los servicios a la realidad de la población. Por su parte, el diagnóstico ideológico analiza los valores y posturas que influyen en la organización de los sistemas de salud, incorporando elementos cualitativos (5).

Diagnóstico administrativo	Diagnóstico estratégico	Diagnóstico ideológico
Análisis y evaluación de la eficiencia de los recursos destinados a la atención de la salud.	Identificación de áreas de oportunidad para adaptarse a las necesidades de la población con base en el proceso salud-enfermedad.	Análisis en cuanto a la ideología relacionada a los sistemas de salud; aspectos cualitativos.

Tabla 1. Tipos de diagnóstico. Elaboración propia. Fuente: UNADM (5)

La relevancia del diagnóstico de salud radica en que, una vez identificadas las problemáticas prioritarias, se pueden diseñar tácticas encaminadas a la prevención, promoción y atención oportuna de los riesgos y daños a la salud.

En este proyecto se realizó el diagnóstico de salud de la comunidad que se atiende en la Unidad de Salud de Primer Nivel T-III Ampliación Hidalgo de la jurisdicción de Tlalpan, dentro del periodo de agosto 2025 a julio 2026 y se abordan diferentes aspectos históricos, geográficos y epidemiológicos de la población estudiada.

3. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

La Unidad de Salud de Primer Nivel T-III Ampliación Hidalgo pertenece a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan. Para fines estadísticos, el INEGI divide las alcaldías en Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), lo que facilita el análisis demográfico y territorial (9). En este microdiagnóstico se consideran las AGEB correspondientes al área de influencia de la unidad de salud.

Actualmente, la unidad abarca 16 AGEB con una población estimada de 63,692 habitantes y se encuentra ubicado en la calle Adolfo Ruiz Cortínez s/n, esquina con Francisco I. Madero, Col. Ampliación Miguel Hidalgo, C.P. 14250, CDMX. Su número de teléfono es 50381700 Ext. 7610 y 7612.

3.1 Antecedentes de Tlalpan

El nombre Tlalpan proviene del náhuatl y significa “sobre la tierra firme” (6). Como se comenta en “La Francmasonería en México” de Arnulfo Gaspar Hernandez, esta alcaldía destacó desde la época prehispánica sobre una cuenca del valle de México, con asentamientos sobre la zona arqueológica de Cuicuilco, y comunidades en zonas como San Miguel Ajusco y Topilejo (6).

En la actualidad, Tlalpan colinda con diversas alcaldías como lo son Coyoacán, Álvaro Obregón, Xochimilco, Milpa Alta, entre otros y con municipios del Estado de México (7).

De acuerdo con datos oficiales, cuenta con una extensión territorial de 312.85 km², lo que

representa aproximadamente el 20.9% del territorio de la Ciudad de México (8).



Imagen 1. Delimitación geográfica de Tlalpan en la Ciudad de México (7).

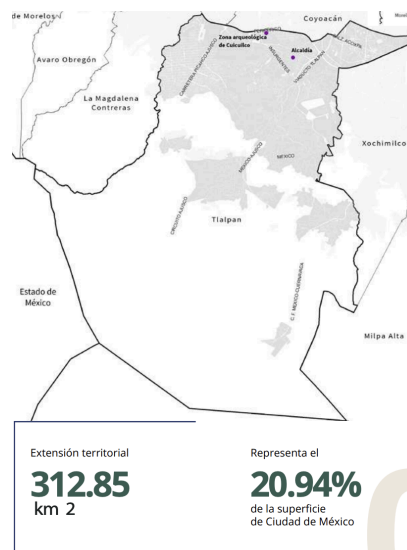


Imagen 2. Extensión territorial de Tlalpan (8).

3.2 Orografía, hidrografía y clima

La alcaldía presenta variaciones importantes en altitud, con elevaciones que van desde los 2,230 hasta los 3,932 metros sobre el nivel del mar, además de contar con diversas corrientes y cuerpos de agua (8).

El clima predominante es semifrío subhúmedo con lluvias en verano, aunque también se presentan variantes de clima templado subhúmedo y semifrío con distintos grados de humedad (8).

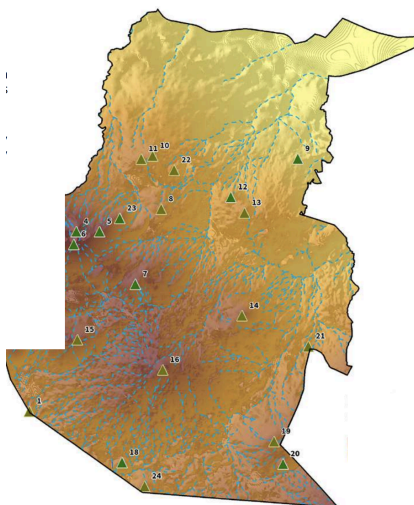


Imagen 3. Mapa ilustrativo de la orografía e hidrografía de la Alcaldía de Tlalpan (8).

3.3 Población

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, Tlalpan cuenta con 699,928 habitantes, con una ligera predominancia del sexo femenino (9). Los grupos de edad con mayor concentración corresponden a adultos jóvenes entre 20 y 34 años (9,10).



Imagen 4. Pirámide poblacional de Tlalpan 2020 (10).

3.3.1 Migración

Según el Censo de 2020, Estados Unidos, Brasil y Colombia fueron las tres principales entidades de donde viene la población migrante en la alcaldía. En el gráfico 1 se muestran los principales motivos de migración, siendo el primer lugar motivos familiares, seguido por motivos educativos y económicos (11).

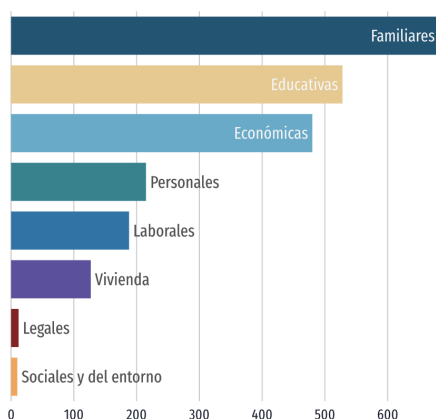


Gráfico 1. Principales motivos de migración (11).

3.3.2 Natalidad

En 2022 se registraron 3,718 nacimientos en la alcaldía, observándose mayor porcentaje en el grupo de madres de 25 a 29 años, seguido por el grupo de 30 a 34 años y en tercer lugar se encuentra el grupo de 20 a 24 años. Asimismo, los grupos con menores registros se encuentran en los extremos de grupo de edad, siendo los menores de 15 años y los mayores de 50 (8).

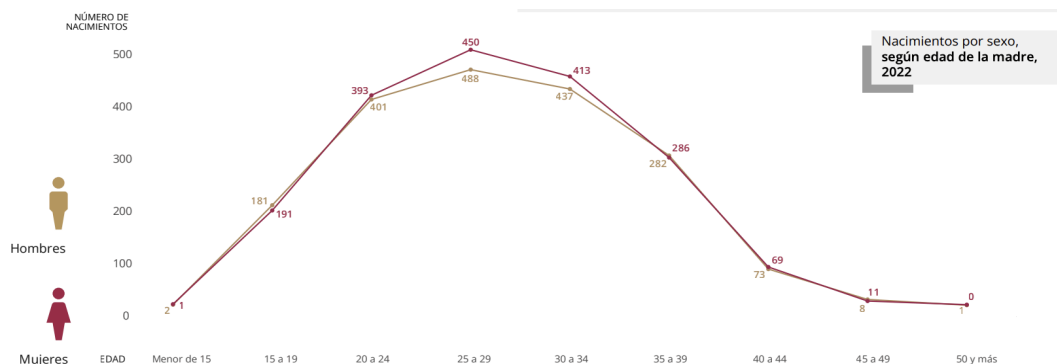


Gráfico 2. Nacimientos por sexo, según la edad materna(8).

3.3.3 Mortalidad

En 2022 se reportó un total de 8,806 defunciones, con una muy ligera mayor proporción en hombres sobre mujeres con el 51.2% y 48.8% respectivamente, teniendo como principales causas enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades endocrinas-metabólicas y los tumores (8).

De las 8,806 defunciones registradas en 2022, el 48.8% correspondió a mujeres y el 51.2% a hombres.

Las tres principales causas de muerte en la alcaldía fueron: enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; y tumores.

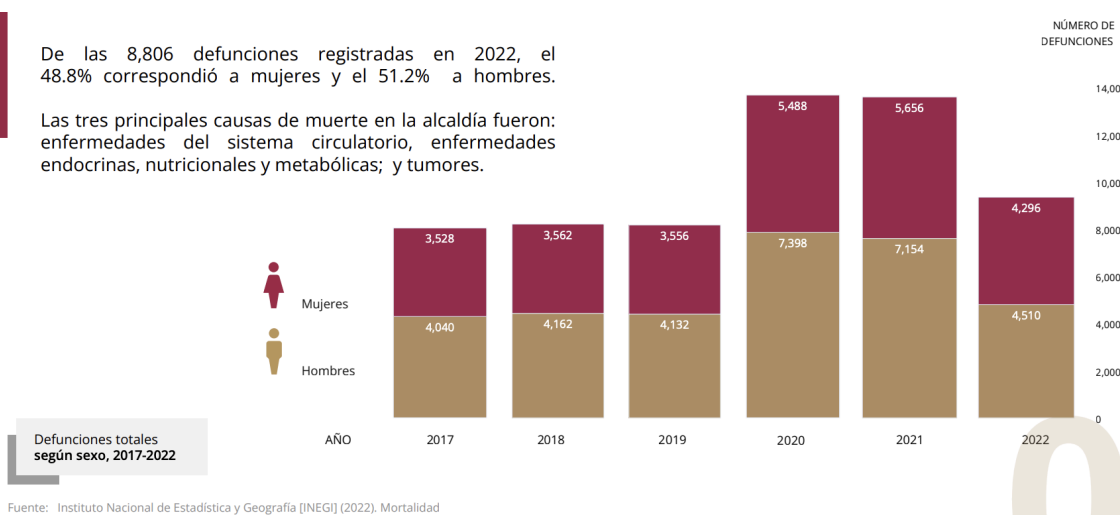


Gráfico 3. Número de defunciones respecto al sexo en el quinquenio 2017-2022 (8).

3.4 Determinantes sociales

3.4.1 Vivienda

En Tlalpan existen 224,761 viviendas particulares, la mayoría ubicadas en zonas urbanas (8). El promedio de ocupantes por vivienda se ha mantenido entre tres y cuatro personas en las últimas décadas (8,9). No obstante, en algunas localidades rurales persiste la escasez en servicios básicos como agua potable, drenaje o electricidad (9).

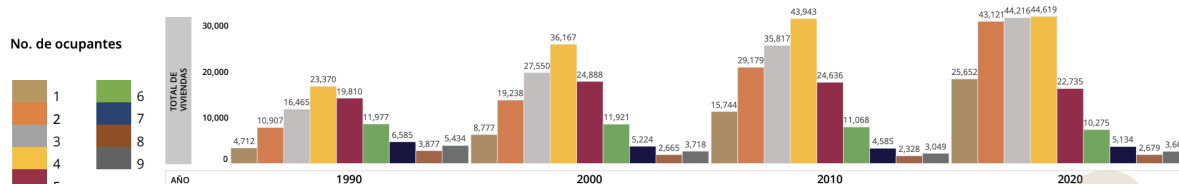


Gráfico 4. Número de habitantes por vivienda de 1990-2020 (9).

Las manzanas en zona urbanizada comprenden el 96% del total del área, y se considera que cuentan con todos los servicios de urbanización. Sin embargo, en 76 de las 160 localidades rurales de la alcaldía, se considera que les falta algún servicio básico como electricidad, agua potable o drenaje. (9)

3.4.2 Educación

Aproximadamente el 50% de la población cuenta con un nivel educativo medio superior (8). En educación superior, el mayor número de estudiantes matriculados corresponde al área de Ciencias de la Salud (12). Se muestra a continuación un mapa del área geográfica de Tlalpan y la concentración de habitantes y su nivel de estudios, respecto a manzanas urbanas o localidades rurales.

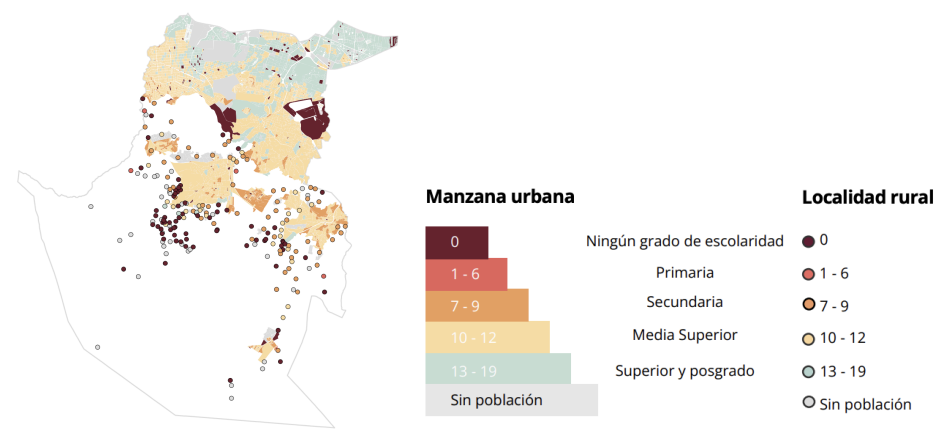


Imagen 5. Concentración de población en zona rural o urbana según su escolaridad (8).

3.4.3 Analfabetismo

La tasa promedio de analfabetismo es de 1.6%, con mayor prevalencia en mujeres de edad avanzada (9). A continuación se muestra un gráfico donde se ilustra la cantidad total de población que es analfabeta con respecto a hombres y mujeres divididos en quinquenios por grupo de edad.

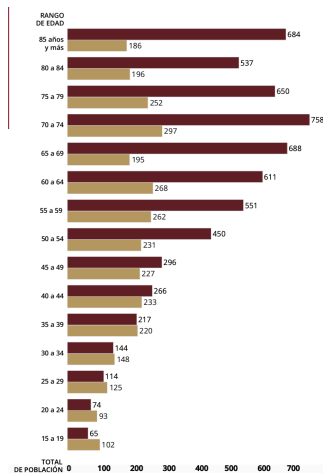


Gráfico 5. Analfabetismo respecto a edad y sexo en 2020 (9)

3.4.4 Trabajo y riesgos de trabajo

La tasa de participación económica fue de 56.6% en 2020 (9). Asimismo, alrededor del 73% de la población estaba afiliada a alguna institución de salud, predominando la afiliación al IMSS (9).

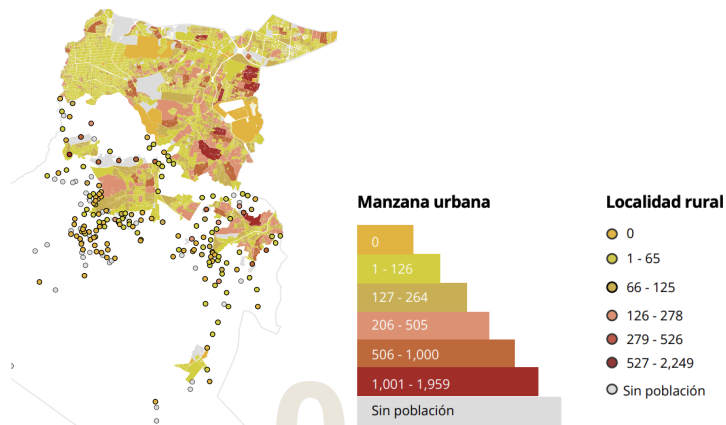


Imagen 6. Población económicamente activa en la alcaldía de Tlalpan (9)

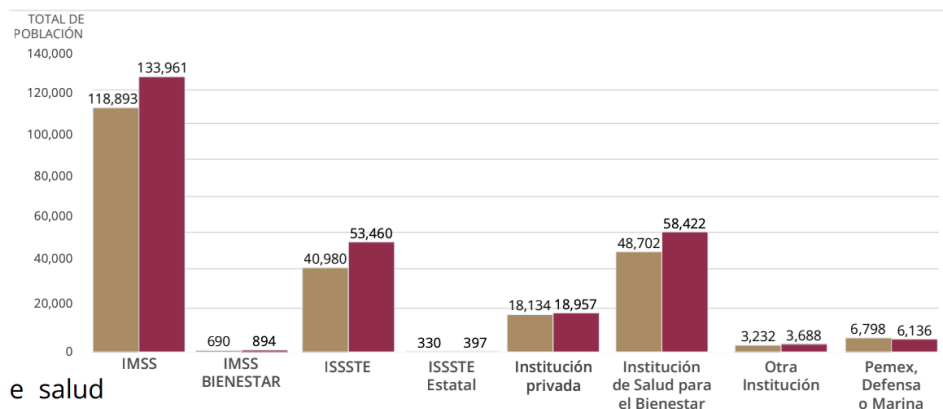


Gráfico 6. Instituciones y número de personas afiliadas (9).

4. JUSTIFICACIÓN

La realización del diagnóstico de salud de la Unidad de Salud de Primer Nivel T-III Ampliación Hidalgo es fundamental para identificar las principales problemáticas que afectan a la población adscrita a esta unidad. En atención al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que establece el derecho a la protección de la salud, este proyecto parte de un análisis integral de la posición en la que se encuentran los usuarios como comunidad y el ejercicio de ejercer su derecho.

Con base en lo anterior, el diagnóstico permite reconocer los principales factores de riesgo, condiciones sociales y patrones epidemiológicos presentes, facilitando así, la planeación de intervenciones oportunas y dirigidas a mejorar el proceso salud-enfermedad poblacional.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Realizar un diagnóstico de salud de la población adscrita a la Unidad de Salud de Primer Nivel T-III Ampliación Hidalgo, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, durante el periodo agosto 2025–julio 2026, con el fin de identificar las principales causas de morbilidad y demanda de atención médica, así como los determinantes sociales asociados, para orientar acciones de prevención y mejora en la atención primaria.

5.2 Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas de la población adscrita a la Unidad de Salud de Primer Nivel T-III Ampliación Hidalgo.

Identificar y clasificar las principales causas de morbilidad registradas durante el periodo de estudio, según edad y sexo.

Determinar los grupos etarios con mayor demanda de atención médica y su relación con los principales daños a la salud.

Identificar y clasificar las causas de morbilidad por mes, durante el todo el periodo.

Analizar los determinantes sociales relevantes (vivienda, educación, afiliación a servicios de salud y condiciones laborales) que puedan influir en el perfil epidemiológico de la población.

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño del estudio

La presente investigación corresponde a un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

6.2 Población

La población de estudio está conformada por los habitantes adscritos a la Unidad de Salud de Primer Nivel T-III Ampliación Hidalgo, el cual cubre 16 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), con una población aproximada de 63,692 personas.

6.3 Recopilación de información

La información se obtuvo mediante la revisión de las hojas diarias de consulta y otros registros institucionales disponibles en la Unidad de Salud de Primer Nivel T-III Ampliación Hidalgo. La captura de los datos se realizó mediante una base electrónica diseñada en hoja de cálculo.

Para complementar el análisis, se consultaron bases de datos oficiales como las del INEGI para variables demográficas, así como información de CONAPO y del Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva de la Ciudad de México para datos poblacionales y geográficos.

6.4 Variables y definiciones operacionales

Se analizaron variables sociodemográficas como edad, sexo y grupo etario. Asimismo, se incluyeron variables relacionadas con la atención médica, tales como motivo de consulta, diagnóstico principal, tipo de consulta (primera vez o subsecuente) y mes de atención.

También se consideraron algunos determinantes sociales relevantes, como características generales de vivienda, nivel educativo predominante y afiliación a servicios de salud.

Para fines de este estudio, la edad se definió como el número de años cumplidos al momento de la consulta, según lo registrado en el expediente clínico. Los grupos etarios se organizaron en intervalos quinquenales para facilitar el análisis estadístico.

El motivo de consulta se entiende como la principal razón por la que el paciente acude a recibir atención médica, mientras que la morbilidad corresponde a los diagnósticos registrados durante el periodo previamente establecido, los cuales se clasificaron con base en la CIE-10.

El tipo de consulta se clasificó como primera vez o subsecuente, según el registro institucional. La afiliación a servicios de salud se definió como la pertenencia a alguna institución pública o privada de atención médica.

Las variables incluidas en este trabajo y su operacionalización se describen en la siguiente tabla (número dos).

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	Años cumplidos al momento de la consulta	Cuantitativa	Discreta	Promedio de edad; distribución por grupos etarios
Grupo etario	Clasificación de la población según intervalos de edad	Agrupación en intervalos quinquenales	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia por grupo de edad
Sexo	Condición biológica que distingue a hombres y mujeres	Registrado como masculino o femenino	Cualitativa	Nominal dicotómica	Proporción por sexo
Motivo de consulta	Razón principal por la cual el paciente acude a atención médica	Motivo registrado en hoja diaria de consulta	Cualitativa	Nominal	Frecuencia de motivos de consulta
Diagnóstico principal	Enfermedad o condición identificada durante la consulta	Diagnóstico registrado y clasificado según CIE-10	Cualitativa	Nominal	Principales causas de morbilidad
Tipo de consulta	Clasificación administrativa de la atención otorgada	Registrada como primera vez o subsecuente	Cualitativa	Nominal dicotómica	Porcentaje de consultas de primera vez y subsecuentes
Mes de atención	Periodo mensual en que se otorgó la consulta	Mes calendario registrado en hoja de consulta	Cualitativa	Ordinal	Distribución mensual de consultas
Afiliación a servicios de salud	Pertenencia a una institución de atención médica	Registro de afiliación	Cualitativa	Nominal politómica	Distribución por institución
Tipo de vivienda	Clasificación territorial de la vivienda	Urbana o rural según clasificación de INEGI	Cualitativa	Nominal dicotómica	Proporción urbano/rural
Nivel educativo predominante	Grado máximo de estudios alcanzado en la población	Nivel reportado en estadísticas oficiales	Cualitativa	Ordinal	Distribución porcentual por nivel

Tabla 2. Operacionalización de variables. Elaboración propia

6.5 Plan de análisis

Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se midieron mediante medidas de tendencia central. Los resultados se presentan en tablas y gráficos con el objetivo de simplificar su interpretación.

7. RESULTADOS

Durante el periodo establecido, desde agosto de 2025 hasta febrero de 2026, en el USPN T-III Ampliación Hidalgo en la consulta a cargo de los médicos pasantes, se registró un total de 341 consultas y durante los 7 meses se dio consulta un total de 48 días, con lo cual nos da un promedio de consulta diaria de 7.03.

Se observó una variabilidad importante en la demanda mensual, siendo octubre el mes con mayor número de atenciones con 112 consultas, mientras que agosto y febrero presentaron la menor afluencia. En el gráfico 6 se ilustra el número de consultas conforme al mes.

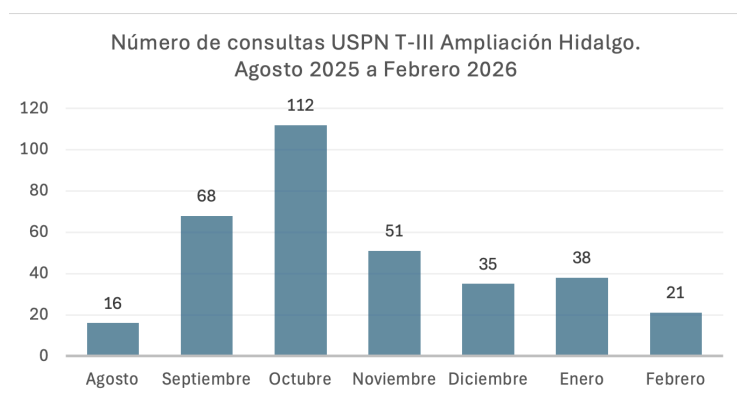


Gráfico 6. Número de consultas. Elaboración propia

Respecto a la distribución por sexo, se identificó un predominio del sexo femenino, representando aproximadamente el 70.67% del total de consultas, en comparación con el 29.32% correspondiente al sexo masculino.

Hablando sobre la distribución por grupo de edad, en el grupo de 25 a 64 años se observó la mayor proporción de consultas con un 48.09%, seguido por el grupo de 65 años y más, mientras que los grupos de menor edad también presentaron menor frecuencia de atención: 15 a 24 años (12.61%), 6 a 14 años (14.07%) y 0 a 5 años (10.56%).

En la pirámide poblacional del gráfico 7, se mostró un predominio del sexo femenino en todos los grupos de edad. Se destaca el grupo de 25 a 64 años con 37.83% de mujeres del

total de consultas, seguido del grupo de 65 años y más con 11.14%. En el sexo masculino, el grupo más representado también fue el de 25 a 64 años, pero con 10.26%, observándose en general una menor proporción de consultas de pacientes del sexo masculino, en comparación con el sexo femenino en todos los grupos de edad.

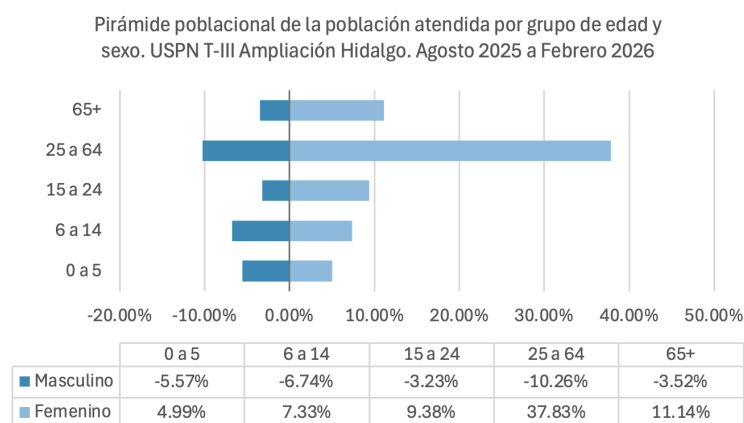


Gráfico 7. Pirámide poblacional. Elaboración propia

En cuanto a los dos tipos de consultas, se obtuvo que más del 50% del total de consultas fueron de primera vez, como se muestra en la tabla 3.

Población atendida por tipo de consulta. USPN T-III Ampliación Hidalgo. Agosto 2025 a Febrero 2026.		
Tipo de consulta	No.	%
Primera vez	219	64.22
Subsecuente	122	35.77
Total	341	100

Tabla 3. Tipo de consulta. Elaboración propia

Del total de consultas registradas, las correspondientes al porcentaje de población sana se clasificaron en motivos de consulta por morbilidad, medicina preventiva o administrativa, como se muestra en el gráfico 8, donde únicamente el 19.34% representa a estos grupos de la población.

Población atendida por motivo de atención. USPN T-III Ampliación Hidalgo. Agosto 2025 a Febrero 2026

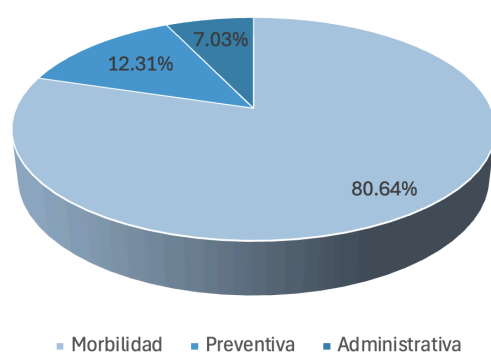


Gráfico 8. Clasificación motivo de consulta. Elaboración propia

Dentro de ese 19.34% que corresponde a población sana que acudió a consulta, se muestran en la tabla 4 los motivos de consulta de este grupo, predominaron control prenatal y planificación familiar, obteniendo entre las dos, casi el 70% del total de las causas.

Población sana por causa de atención. USPN T-III Ampliación Hidalgo. Agosto 2025 a Febrero 2026		
Causa de atención	No.	%
Clínicamente sano	3	6.667
Control de niño sano	8	17.78
Control prenatal	14	31.11
Planificación familiar	17	37.78
Examen general	3	6.667
Total	45	100.00

Tabla 4. Población sana. Elaboración propia

En el análisis de las causas de morbilidad general durante el periodo de estudio, se identificaron los 10 padecimientos más frecuentes. Predominaron en conjunto las enfermedades no transmisibles con un porcentaje aproximado de 48.6%, aunque las infecciones respiratorias de vías superiores presentaron la mayor frecuencia con un 25.5%. Cabe destacar, que hay mayor prevalencia del sexo femenino en casi todas la causas de morbilidad.

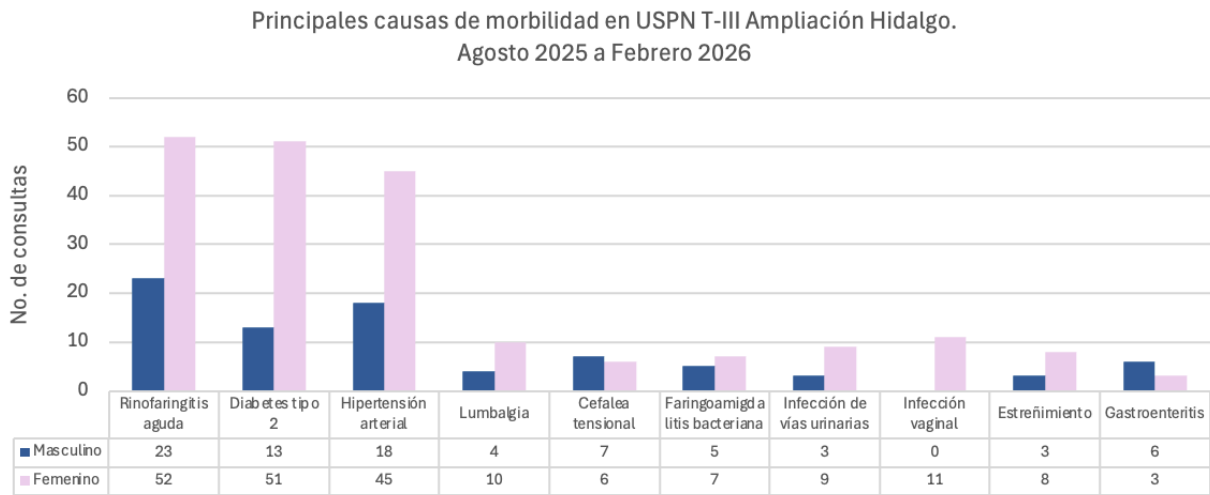


Gráfico 9. Principales causas de morbilidad. Elaboración propia

En el siguiente gráfico se muestra el número de casos por mes de las tres principales enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles (Rinofaringitis aguda, Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes tipo 2), observándose una tendencia similar entre sí y un aumento en el mes de Octubre, lo cual concuerda con el mes con mayor número de

consultas de manera general.

Número de casos por mes de las tres principales enfermedades.
USPN T-III Ampliación Hidalgo. Agosto 2025 a Febrero 2026

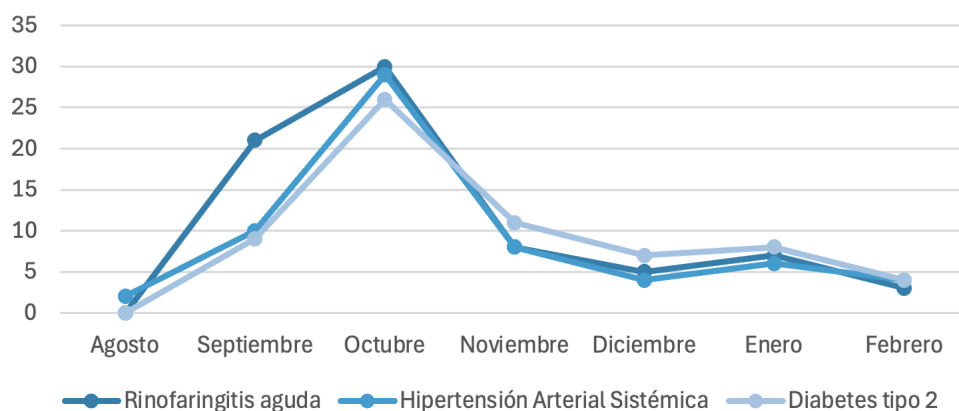


Gráfico 10. Tres

principales enfermedades. Elaboración propia

Los gráficos 11 y 12 representan las principales causas de morbilidad por enfermedades no transmisibles y transmisibles, respectivamente. Donde se observa mayor frecuencia del sexo femenino con padecimientos tanto transmisibles como no transmisibles. Las principales causas no transmisibles fueron enfermedades crónico-degenerativas, como diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, además de cefalea tensional, infección de vías urinarias y lumbalgia. Además, cabe destacar, que la única causa donde predominó el sexo masculino fue la cefalea tensional. Mientras que en las transmisibles predominaron las infecciones de vías respiratorias superiores y gastrointestinales, una vez más se observa el predominio del sexo femenino.

Morbilidad de las principales enfermedades no transmisibles
por sexo. USPN T-III Ampliación Hidalgo agosto 2025 a febrero
2026

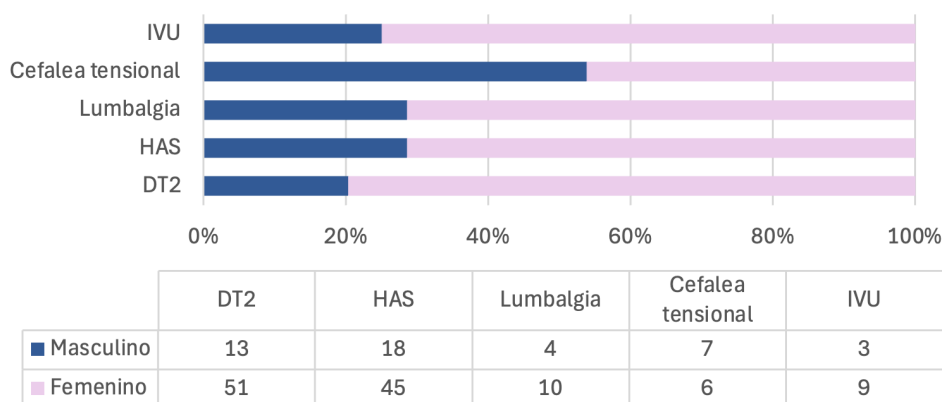


Gráfico 11. Principales enfermedades no transmisibles. Elaboración propia

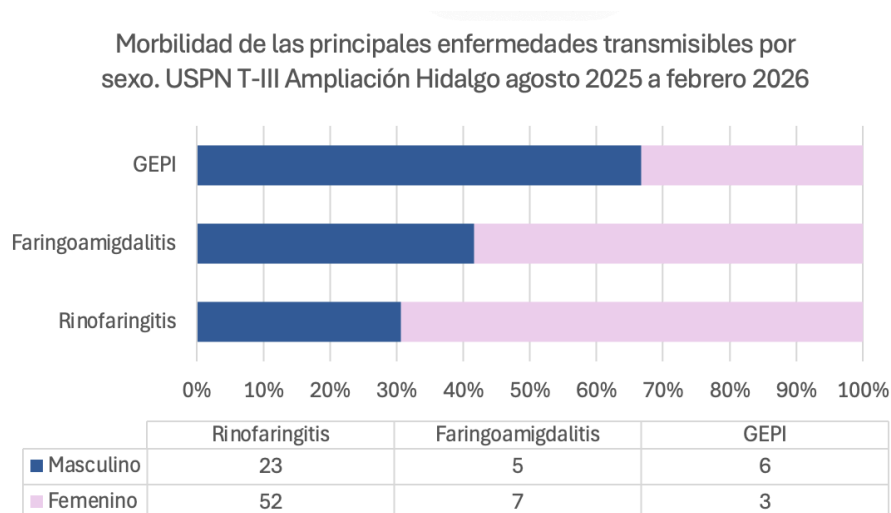


Gráfico 12. Principales enfermedades transmisibles. Elaboración propia

8. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos durante el análisis, en el presente diagnóstico de salud, muestran un comportamiento heterogéneo en la demanda de atención durante el periodo analizado, con una variabilidad importante entre los meses. El incremento observado en octubre, en comparación con meses como agosto y febrero, puede estar relacionado tanto con factores estacionales como con la organización interna del servicio, lo cual influye directamente en la captación y distribución de los pacientes.

En cuanto a la distribución por sexo, se identificó un claro predominio del sexo femenino en la utilización de los servicios de salud. Este hallazgo concuerda con lo reportado en la literatura, donde se ha demostrado que las mujeres tienden a acudir con mayor frecuencia a consulta, tanto por motivos preventivos como por seguimiento de padecimientos agudos y crónicos, lo que se relaciona con una mayor percepción de riesgo y uso de servicios de salud en este grupo (13).

Respecto a la distribución por grupo de edad, el número más alto de consultas se concentró en la población de 25 a 64 años, lo cual puede explicarse por tratarse de un grupo en edad productiva, que presenta, tanto padecimientos agudos como enfermedades crónicas subsecuentes. Asimismo, la presencia de pacientes de 65 años y más en segundo lugar refleja los padecimientos por enfermedades crónicas propias de adultos mayores. Aunque es importante considerar que parte de estos pacientes son atendidos en módulos específicos, lo que podría subestimar su frecuencia real en este trabajo.

La pirámide poblacional refuerza estos hallazgos, mostrando una mayor concentración de consultas para el sexo femenino en todos los grupos de edad, especialmente en el grupo de 25 a 64 años. Este patrón sugiere una mayor utilización de los servicios por parte de las mujeres y pone en evidencia posibles áreas de oportunidad en la captación del sexo masculino, quien presenta menor demanda de atención en todos los grupos de edad.

En relación con las principales causas de morbilidad, las infecciones de vías respiratorias ocuparon el primer lugar, seguidas de padecimientos subsecuentes como enfermedades crónicas. Este perfil es congruente con el patrón epidemiológico observado en unidades de primer nivel de atención, donde predominan enfermedades infecciosas de curso agudo y padecimientos crónico-degenerativos (14).

El incremento de infecciones respiratorias en los meses con mayor demanda, particularmente en octubre, podría estar asociado a cambios estacionales, lo cual coincide con el comportamiento esperado de estas patologías (15). Por otro lado, la presencia constante de enfermedades crónicas a lo largo del periodo refleja la importancia de reforzar las estrategias para el control y seguimiento.

En cuanto a las consultas preventivas, se observó una menor proporción en comparación con la morbilidad general. La baja frecuencia de atenciones en planificación familiar y otros servicios preventivos podría indicar áreas de oportunidad en la promoción a la salud para la captación de pacientes, lo cual resulta relevante para la implementación de futuras intervenciones en la unidad.

Finalmente, es importante considerar que el presente análisis cuenta con limitaciones relacionadas con la organización del servicio, ya que la existencia de módulos específicos para la atención de pacientes crónicos puede influir en la distribución de los diagnósticos registrados. Asimismo, la variabilidad en el número de consultas mensuales por la intermitencia de consultas brindadas por médicos pasantes, puede afectar la significancia de algunos periodos, especialmente aquellos con menor número de atenciones.

9. CONCLUSIONES

El presente diagnóstico permitió identificar las principales características de la demanda de atención en la USPN T-III Ampliación Hidalgo, evidenciando una variabilidad importante en el número de consultas a lo largo del periodo analizado.

Se observó un predominio del sexo femenino en el empleo de los servicios de salud, así como mayor predominancia de consultas en el grupo de edad de 25 a 64 años, lo que refleja la importancia de este grupo en la carga de atención del primer nivel, la cual radica

en la importancia de brindar las herramientas a los pacientes para llevar un modo de vida saludable para prevenir enfermedades, retrasar complicaciones en las enfermedades crónicas y envejecer saludablemente.

Las principales causas de morbilidad estuvieron representadas por infecciones respiratorias agudas, y la constante presencia de enfermedades crónico-degenerativas como diabetes e hipertensión arterial, lo cual es consistente con el perfil epidemiológico esperado en unidades de atención primaria, y respalda lo reportado en el marco teórico donde se reporta que la mayoría de las viviendas cuentan con los servicios de urbanización, lo cual disminuye directamente el riesgo de desarrollo de enfermedades infecciosas.

En conjunto, los hallazgos obtenidos permiten orientar la identificación de problemas prioritarios de salud y representan una base para el diseño de intervenciones dirigidas a mejorar la atención y fortalecer las acciones preventivas en la unidad de salud, de ahí la importancia de la ejecución de diagnósticos de salud.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez JF, Lara López LM. Diagnóstico integral de salud poblacional (DISP). Gac INSP. 2021;15:40. Disponible en: <https://insp.mx>
2. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Washington (DC): OPS; [citado 2025 Dic 5]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
3. Organización Panamericana de la Salud. *La planificación local participativa en salud* [Internet]. Washington (DC): OPS; 1999 [citado 2025 Dic 5]. Disponible en: <https://iris.paho.org>
4. Sindicato Médico del Uruguay. Principios y coordenadas de un diagnóstico [Internet]. Noticias 121. 2004 Abr [citado 2025 Dic 5]. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias121/art-8.pdf>
5. Universidad Abierta y a Distancia de México. Diagnóstico de salud. Unidad 3 [Internet]. Ciudad de México: UNADM; [citado 2025 Dic 5]. Disponible en: https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE1/PES/02/FSPU/unidad_03/descargables/FSPU_U3_Contenido.pdf
6. Hernández AG. Historia de la delegación Tlalpan. Diario de Campo [Internet]. [citado 2025 Dic 5]. Disponible en: <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/diariodecampo/article/download/9439/10217/17836>

7. Solís Córdova S. Tlalpan, la alcaldía de los contrastes [Internet]. Movimiento Antorchista Nacional. 2024 Nov 10 [citado 2025 Dic 5]. Disponible en: <https://mail.movimientoantorchista.org.mx/tlalpan-la-alcaldia-de-los-contrastes>
8. Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva de la Ciudad de México. Panorama geográfico y estadístico de Tlalpan [Internet]. Ciudad de México: IPDP; [citado 2025 Dic 5]. Disponible en: <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/46e/90c/67046e90c866f27369818.pdf>
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2020 [citado 2025 Dic 5]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama sociodemográfico de Ciudad de México. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2021 [citado 2025 Dic 5]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197827.pdf
11. Secretaría de Economía. DataMéxico: perfil geográfico Tlalpan [Internet]. [citado 2025 Dic 5]. Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/tlalpan>
12. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. Anuario estadístico de educación superior [Internet]. [citado 2025 Dic 5]. Disponible en: <https://www.anuies.mx/informacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>
13. Organización Mundial de la Salud. Género y salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
14. Secretaría de Salud. Panorama epidemiológico de las enfermedades transmisibles y no transmisibles en México. México: Secretaría de Salud; 2022.
15. Salu-D-Gire B, Gloria D, Hall O. Dirección General de Incorporación y Revalidación de Estudios [Internet]. Unam.mx. [citado el 01 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.dgire.unam.mx/images/atach/30/diciembre-2023.pdf>

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

LICENCIATURA EN MEDICINA

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN:
INFLUENCIA DE LA RED DE APOYO SOBRE
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO COMO
ESTRATEGIA PARA EL CONTROL DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN USPN
T-III AMPLIACIÓN HIDALGO, AGOSTO
2025-JULIO 2026**

JURISDICCIÓN SANITARIA TLALPAN

PROMOCIÓN AGOSTO 2025-JULIO 2026

REALIZÓ: MPSS BIBIANA SALAZAR BOLAÑOS
MATRÍCULA: 2192036705

ASESORAS:
DRA. ALEJANDRA GASCA GARCÍA
DRA. DANIELA FERNÁNDEZ ALVARADO

1. Índice

1. ÍNDICE.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	3
2.1 Definición de diagnóstico de salud.....	3
2.2 Tipos de diagnóstico.....	3
3. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES.....	4
3.1 Antecedentes de Tlalpan.....	4
3.2 Orografía, hidrografía y clima.....	5
3.3 Población.....	6
3.3.1 Migración.....	6
3.3.2 Natalidad.....	7
3.3.3 Mortalidad.....	7
3.4 Determinantes sociales.....	8
3.4.1 Vivienda.....	8
3.4.2 Educación.....	8
3.4.3 Analfabetismo.....	9
3.4.4 Trabajo y riesgos de trabajo.....	9
4. JUSTIFICACIÓN.....	10
5. OBJETIVOS.....	10
5.1 Objetivo general.....	10
5.2 Objetivos específicos.....	10
6. METODOLOGÍA.....	11
6.1 Diseño del estudio.....	11
6.2 Población.....	11
6.3 Recopilación de información.....	11
6.4 Variables y definiciones operacionales.....	12
6.5 Plan de análisis.....	13
7. RESULTADOS.....	13
8. DISCUSIÓN.....	17
9. CONCLUSIONES.....	18
10. BIBLIOGRAFÍA.....	19
1. Índice.....	22
2. Introducción.....	23
3. Justificación.....	24
4. Identificación de problemas.....	24
4.1 Priorización del problema mediante el método de Hanlon.....	24
4.2 Problema prioritario.....	26
5. Desarrollo de la intervención.....	26
5.1 Ficha de Identificación del proyecto de Intervención.....	26
5.2 Determinantes de salud a fortalecer.....	27
5.3 Determinantes de salud a reducir o eliminar.....	27
6. Objetivo general.....	28
6.1 Objetivos específicos.....	28
7. Metodología.....	29

7.1 Plan de acción.....	29
7.1.2 Evaluación de la intervención.....	30
7.2 Cronograma.....	30
8. Resultados y Análisis.....	31
8.1 Resultados de la intervención.....	33
9. Conclusiones.....	36
10. Bibliografía.....	37
11. Anexos.....	38

2. Introducción

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad crónica no transmisible que se caracteriza por el aumento de la tensión ejercida sobre los vasos sanguíneos llegando a niveles de 140/90 mmHg o más, de acuerdo con la Sociedad Europea de Hipertensión (1). Debido a que en sus etapas iniciales suele cursar sin manifestaciones clínicas evidentes, muchas personas desconocen que la padecen o no mantienen un control adecuado, lo que favorece la aparición de complicaciones a largo plazo.

En México, la hipertensión constituye una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia, por lo cual es considerado un problema de suma importancia en el ámbito de la salud pública (2). A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares siguen conformando la principal causa de mortalidad y, durante 2019, se estimó que ocasionaron aproximadamente 10.8 millones de defunciones, muchas de ellas relacionadas con un control inadecuado de la presión arterial (3). Su aparición está influenciada por diversos factores de riesgo, tanto no modificables, como la edad, la herencia y la presencia de otras enfermedades, como modificables, entre los que destacan un estilo de vida sedentario, una alimentación inadecuada, el consumo elevado de sodio, el tabaquismo y alcoholismo y niveles altos de estrés (4).

El control de la hipertensión necesita de un manejo integral que combine el tratamiento farmacológico con modificaciones en su estilo de vida. Cuando no se llega a las metas de control, el riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal y otras alteraciones aumenta, lo cual impacta de forma importante la calidad de vida de las personas, además de incrementar la morbimortalidad (5).

En este contexto, la adherencia al tratamiento desempeña un papel fundamental para alcanzar un adecuado control de la enfermedad. Sin embargo, diversos factores pueden dificultar el cumplimiento de las indicaciones médicas, entre ellos las condiciones socioeconómicas, el desconocimiento sobre la enfermedad, la complejidad del tratamiento y la falta de respaldo por parte de la familia o de su red de apoyo (5). La participación de familiares y cuidadores puede influir de manera positiva en aspectos como la toma oportuna de los medicamentos, la asistencia a las consultas de seguimiento y la adopción de hábitos saludables, favoreciendo así una mejora en las cifras de tensión arterial.

Por ello, este proyecto de intervención está enfocado en fortalecer la adherencia al tratamiento mediante la participación de la red de apoyo familiar en adultos mayores que padecen HAS que se atienden en la USPN T-III Ampliación Hidalgo. Se busca promover estrategias de educación para la salud que involucren tanto al paciente como a sus familiares, con la finalidad de favorecer el apego al tratamiento, mejorar el control de la enfermedad y contribuir con la prevención y/o retraso de complicaciones.

3. Justificación

Las enfermedades crónicas afectan a un gran número de adultos mayores y requieren cuidados diarios para mantener un adecuado control y evitar complicaciones. Sin embargo, el manejo de la hipertensión no depende únicamente del tratamiento y de las intervenciones médicas. También es fundamental el apoyo que se les otorga por parte de su red de apoyo, ya sea que esté conformada por miembros de la familia o personas cercanas.

En la USPN T-III Ampliación Hidalgo de Agosto 2025 a Julio 2026 se ha observado que muchos adultos mayores viven diferentes situaciones familiares como falta de apoyo y/o abandono y problemas sociales que pueden influir en su bienestar y en el control o descontrol de su padecimiento. Por ello, este trabajo busca, además de dar a conocer la relevancia de la red de apoyo en el control de la Hipertensión Arterial Sistémica, desarrollar e implementar una estrategia educativa que favorezca la adquisición de conocimientos y herramientas para mejorar la adherencia al tratamiento y así el control de su enfermedad a través de la red de apoyo, ya que contar con acompañamiento y apoyo puede favorecer a este apego al tratamiento, a la asistencia a consulta, a la adopción de hábitos saludables, entre otros. Los resultados permitirán identificar necesidades percibidas y así desarrollar la intervención para implementar y fortalecer todas estas acciones, que se enfocan principalmente en el fomento y formación de la salud.

4. Identificación de problemas

4.1 Priorización del problema mediante el método de Hanlon

Con la finalidad de seleccionar el problema de salud sobre el cual se desarrolló el proyecto de intervención, se utilizó el método de Hanlon (tabla 1). Durante el microdiagnóstico realizado en la USPN T-III Ampliación Hidalgo, correspondiente al periodo de septiembre de 2025 a febrero de 2026, se identificó que las principales causas de morbilidad fueron la rinofaringitis aguda con 75 consultas, diabetes tipo 2 con 64 consultas e hipertensión arterial sistémica con 63 consultas; en menor frecuencia se presentaron lumbalgia, cefalea tensional, faringoamigdalitis bacteriana, infección de vías urinarias, infección vaginal, estreñimiento y gastroenteritis.

Porcentaje de consultas de enfermedades no transmisibles en USPN TIII Ampliación Hidalgo. Agosto 2025 a Febrero 2026.

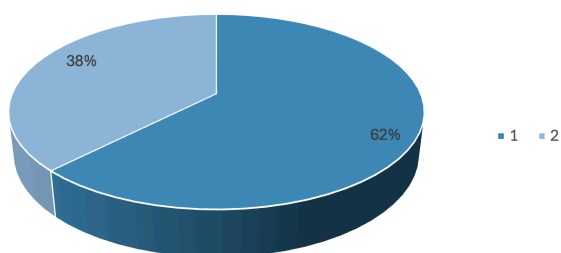


Gráfico 1. Porcentaje de consultas de enfermedades no transmisibles (1: Otras, 2: HAS). Fuente: Elaboración propia

Si bien la rinofaringitis aguda fue la enfermedad con mayor número de consultas durante el periodo analizado, se trata de un padecimiento agudo y generalmente autolimitado. Por otra parte, la hipertensión se considera como una afección crónica que requiere tratamiento continuo y seguimiento permanente, ya que un control inadecuado propicia la aparición de complicaciones que perjudican de manera significativa la calidad de vida de quienes la padecen. Asimismo, el microdiagnóstico mostró que la hipertensión representó el 23.16 % del total de las consultas por morbilidad y el 37.95 % de las enfermedades no transmisibles, lo que evidencia su relevancia dentro de la población atendida en la unidad.

Considerando estos aspectos, así como la posibilidad de implementar estrategias dirigidas a fortalecer el apego al tratamiento mediante la participación y apoyo de la red de apoyo, la hipertensión arterial sistémica obtuvo la mayor prioridad para ser intervenida, al representar un problema de salud con alto impacto y susceptible de modificarse mediante acciones educativas desde el primer nivel de atención.

Problema de salud	Magnitud (A)	Severidad (B)	Eficacia de la intervención (C)	Factibilidad (D)	Puntaje
Rinofaringitis aguda	10	3	7	1	91
Diabetes tipo 2	9	9	8	1	144
Hipertensión arterial sistémica	9	10	9	1	171
Lumbalgia	4	4	8	1	64
Cefalea tensional	4	3	7	1	49
Faringoamigdalitis bacteriana	3	3	8	1	48
Infección de vías urinarias	3	5	8	1	64
Infección vaginal	3	4	8	1	56
Estreñimiento	3	2	7	1	35
Gastroenteritis	2	5	8	1	56

Tabla 1. Priorización de problemas mediante el método de Hanlon. Fuente: Elaboración propia

4.2 Problema prioritario

Una vez realizada la priorización de los problemas de salud identificados en el microdiagnóstico mediante el método de Hanlon, se determinó que la hipertensión arterial sistémica sería el problema a intervenir. Aunque dentro de la unidad existen otros padecimientos de alta frecuencia, la hipertensión representa un mayor reto para el primer nivel de atención debido a que es una enfermedad crónica que requiere seguimiento continuo, cambios en los hábitos y apego permanente al tratamiento para mantener un adecuado control.

Además, el control de esta enfermedad no está basado únicamente en la cuestión farmacológica. También en la colaboración activa del paciente y de la red de apoyo. Cuando estos factores son insuficientes, es más probable que exista un menor apego al tratamiento, dificultades para adoptar hábitos saludables y un mayor riesgo de presentar complicaciones. Por esta razón, el presente proyecto está centrado en fortalecer principalmente la adherencia al tratamiento mediante estrategias de educación para la salud enfocadas hacia los pacientes así como a los familiares, con la finalidad de favorecer el control de la hipertensión arterial y contribuir a mejorar su calidad de vida.

5. Desarrollo de la intervención

5.1 Ficha de Identificación del proyecto de Intervención

Jurisdicción Sanitaria	Tlalpan
Unidad de Salud	USPN T-III Ampliación Hidalgo
Domicilio	Calle Adolfo Ruiz Cortinez S/N, Esq. Calle Francisco I. Madero, col. Ampliación Miguel Hidalgo 3ra seccion, 14250, Tlalpan, CDMX
Título del proyecto	Influencia de la red de apoyo sobre la adherencia al tratamiento como estrategia para el control de la hipertensión arterial sistémica en adultos mayores atendidos en USPN T-III Ampliacion Hidalgo, Agosto 2025-Julio 2026
Tema del proyecto	Salud de las personas adultas mayores con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica

Tabla 2. Ficha de Identificación. Fuente: elaboración propia

5.2 Determinantes de salud a fortalecer

La intervención está orientada a fortalecer distintos determinantes de salud relacionados con el monitoreo y control de la presión arterial. De primera instancia, busca una participación de familiares y cuidadores en el seguimiento del tratamiento, el acompañamiento a las consultas médicas y la adopción de hábitos saludables. Asimismo, la promoción de la educación para la salud con el objetivo de incrementar los conocimientos de los adultos mayores y de su red de apoyo sobre su enfermedad, sus factores de riesgo, complicaciones, medidas de autocuidado y la relevancia del apego al tratamiento.

De igual manera, impulsar estilos de vida saludables mediante la promoción de una alimentación baja en sodio, la realización de actividad física, el mantenimiento del peso adecuado, la disminución de la ingesta de alcohol y la suspensión del tabaquismo, según corresponda a las características de cada paciente. Además, favorecer específicamente la adherencia al tratamiento mediante el cumplimiento adecuado de la terapia farmacológica, así como de las recomendaciones médicas y de las acciones encaminadas a mantener un estilo de vida saludable, contando con el acompañamiento y apoyo del círculo cercano.

Por otra parte, busca promover el acceso y la utilización de los servicios de salud mediante el fomento de la asistencia periódica a las consultas de seguimiento, la vigilancia y monitorización de la presión y la detección oportuna de factores de riesgo cardiovascular. Finalmente, fortalecer el apoyo emocional y el bienestar psicosocial a través de una mejor

comunicación y acompañamiento por parte de la familia o de la red de apoyo, con el fin de favorecer la motivación, el autocuidado y el apego al tratamiento.

5.3 Determinantes de salud a reducir o eliminar

Es importante mencionar ciertos determinantes de salud que se buscan eliminar o reducir mediante la presente intervención. En primer lugar, se busca reducir las situaciones de insuficiente apoyo o incluso abandono familiar y social que dificultan el seguimiento del tratamiento y el control adecuado de su padecimiento. Asimismo, se pretende disminuir el desconocimiento sobre la HAS mediante el fortalecimiento de la información relacionada con la enfermedad, el tratamiento, un estado nutricional adecuado, ejercicio y la previsión de sus complicaciones. Otro factor es orientar acciones para disminuir la baja adherencia al tratamiento, promoviendo el cumplimiento en la toma de medicamentos, evitando el abandono del tratamiento y reforzando el seguimiento de las recomendaciones médicas. También reducir la presencia de un estilo de vida poco saludable, así como la ingesta excesiva de sal y alimentos ultraprocesados, el sedentarismo, el sobrepeso y otros factores modificables que favorecen el descontrol de la presión arterial.

Además, se busca disminuir las barreras que limitan el acceso y el empleo de los servicios de salud, favoreciendo la asistencia a las consultas de control, el monitoreo periódico de la presión arterial y la participación en actividades de promoción de la salud. Promover una mayor participación de la red de apoyo, fomentando el involucramiento de familiares y cuidadores en el seguimiento del tratamiento y en el apoyo para la adopción de hábitos saludables. Finalmente, se pretende reducir el riesgo de complicaciones derivadas de un inadecuado control de la presión arterial, mediante acciones orientadas a disminuir o desaparecer determinantes que propician la manifestación de enfermedades cardiovasculares, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal y otras complicaciones asociadas con la hipertensión arterial sistémica.

6. Objetivo general

Fortalecer la adherencia al tratamiento mediante la participación de la red de apoyo familiar para favorecer el control de la hipertensión arterial sistémica en adultos mayores atendidos en la Unidad de Salud de Primer Nivel T-III Ampliación Hidalgo, durante el periodo de agosto de 2025 a julio de 2026.

6.1 Objetivos específicos

Identificar las características de la red de apoyo y el grado de apego al tratamiento en los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica atendidos en la unidad.

Brindar sesiones de educación para la salud dirigidas a pacientes y familiares sobre la relevancia de la adherencia al tratamiento, alimentación saludable, actividad física, automonitoreo de la presión y el retraso en la manifestación de agravamientos.

Promover una participación activa de los familiares y cuidadores en el seguimiento del tratamiento y en la adopción de hábitos saludables que favorezcan el control de la hipertensión arterial.

Fomentar conductas de autocuidado en los adultos mayores, como el apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico, la reducción del consumo de sodio, la actividad física regular y la asistencia a las consultas de seguimiento.

Promover el hábito regular de realizar actividades físicas mediante la realización de una actividad grupal dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica y sus familiares o red de apoyo.

7. Metodología

Tipo de estudio: Estudio observacional transversal descriptivo.

7.1 Plan de acción

Una vez identificado el problema prioritario y definidos los objetivos del proyecto de intervención, se elaboró un plan de acción que integra las actividades necesarias para alcanzar las metas propuestas. Dicho plan contempla acciones de orientación en salud, fortalecimiento de redes de apoyo, promoción del autocuidado y fomento de hábitos para mantener una vida saludable, dirigidas a adultos mayores con hipertensión arterial sistémica atendidos en la unidad de salud. En la siguiente tabla se explican los objetivos específicos, las metas establecidas y las actividades programadas para su cumplimiento.

Objetivo específico	Meta	Actividad
Identificar las características de la red de apoyo y el grado de apego al tratamiento en los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica atendidos en la unidad.	Aplicar un instrumento de valoración a los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica para identificar el grado de apego al tratamiento y las características	Aplicación de cuestionario a pacientes de 60 años y más con el padecimiento que acudan a consulta a la unidad.

	de su red de apoyo familiar.	
Brindar sesiones de educación para la salud dirigidas a pacientes y familiares sobre la relevancia de la adherencia al tratamiento, alimentación saludable, actividad física, automonitoreo de la presión y el retraso en la manifestación de agravamientos.	Realizar 10 sesiones educativas en sala de espera dirigidas a pacientes con hipertensión arterial sistémica y sus familiares o cuidadores.	Impartir pláticas educativas en sala de espera utilizando material didáctico sobre hipertensión arterial, adherencia al tratamiento y estilos de vida saludables.
Promover una participación activa de los familiares y cuidadores en el seguimiento del tratamiento y en la adopción de hábitos saludables que favorezcan el control de la hipertensión arterial.	Sensibilizar a familiares y cuidadores sobre la importancia de su participación en el apego al monitoreo y el seguimiento de la enfermedad.	Brindar orientación individual a familiares y acompañantes durante la consulta médica y entregar material informativo sobre su papel como red de apoyo.
Fomentar conductas de autocuidado en los adultos mayores, como el apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico, la reducción del consumo de sodio, la actividad física regular y la asistencia a las consultas de seguimiento.	Lograr que al menos el 80 % de los participantes identifiquen tres o más medidas de autocuidado para el control de la hipertensión al finalizar la intervención.	- Realizar pláticas sobre autocuidado y adherencia al tratamiento. - Enseñar la técnica adecuada para la toma de la presión y reforzar recomendaciones sobre alimentación, actividad física y uso adecuado de medicamentos.
Promover el hábito regular de realizar actividades físicas mediante la realización de una actividad grupal dirigida a los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica y sus familiares o red de apoyo.	Realizar una caminata grupal de activación física para promover la importancia del ejercicio como parte de las intervenciones no farmacológicas de la enfermedad.	Organizar una caminata con duración de 15 a 20 minutos con pacientes hipertensos y sus familiares, reforzando recomendaciones sobre actividad física segura y sus beneficios para el control de la presión.

Tabla 3. Plan de acción. Elaboración propia

7.1.2 Evaluación de la intervención

Al finalizar las actividades educativas se aplicó un cuestionario de evaluación a los participantes que acudieron nuevamente a la unidad, teniendo como objetivo valorar el conocimiento adquirido sobre su padecimiento, la adherencia al tratamiento, medidas de autocuidado e importancia de la red de apoyo. La evaluación final se realizó en 40 participantes.

7.2 Cronograma

Actividad	Periodo (mensual)					Responsable de la actividad
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	

Diseño de estrategia de intervención	Del 01 al 15 de Marzo 2026					MPSS Bibiana Salazar
Aplicación de encuestas		Del 01 al 30 de Abril 2026				MPSS Bibiana Salazar
Implementación de estrategias de intervención			Del 01 de Mayo al 30 de Junio 2026			MPSS Bibiana Salazar
Análisis de datos, redacción y conclusiones					Del 01 al 11 de Julio 2026	MPSS Bibiana Salazar

Tabla 4. Cronograma de actividades. Fuente: Elaboración propia

8. Resultados y Análisis

Con el propósito de identificar cómo la red de apoyo influye en el control de la Hipertensión Arterial Sistémica en los adultos mayores atendidos en la USPN T-III Ampliación Hidalgo, se aplicaron 60 encuestas durante el periodo. El instrumento permitió recopilar información relacionada con las características sociodemográficas de los participantes, la duración de la evolución de su padecimiento, su adherencia al tratamiento, las complicaciones asociadas y, principalmente, el tipo y frecuencia del apoyo social que reciben. Con base en los datos e información obtenida, se realizó un análisis que permite conocer la situación actual de esta población e identificar áreas de oportunidad para fortalecer las estrategias de educación y acompañamiento en el manejo de la hipertensión.

La siguiente gráfica muestra la distribución por sexo de los 60 adultos mayores con Hipertensión Arterial encuestados. Se observó que el 60% (36 personas) correspondió al sexo femenino, mientras que el 40% (24 personas) perteneció al sexo masculino.

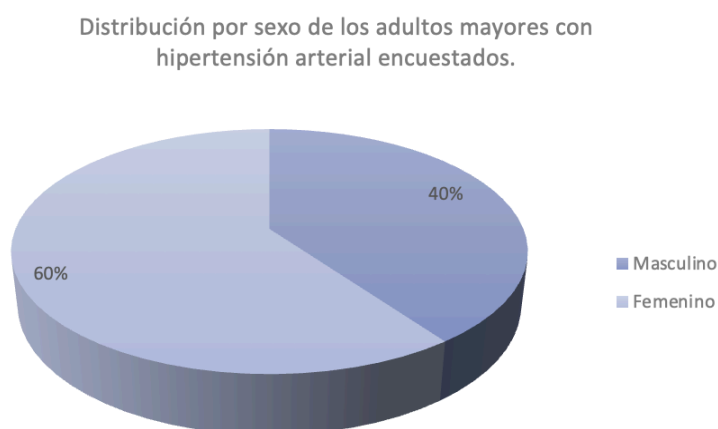


Gráfico 1. Distribución por sexo de los adultos mayores encuestados. Fuente: Elaboración propia

La gráfica siguiente muestra la percepción del estado de control de la Hipertensión Arterial en los 60 encuestados, según el sexo. Se observó que la mayor parte de los participantes refirió tener su enfermedad descontrolada, correspondiendo a 16 hombres y 18 mujeres, para un total de 34 personas (56.7%).

Por otra parte, únicamente 14 participantes (23.3%) manifestaron tener la enfermedad controlada, de los cuales 5 fueron hombres y 9 mujeres. Asimismo, 12 adultos mayores (20%) señalaron no saber si su hipertensión se encontraba controlada, integrados por 3 hombres y 9 mujeres.

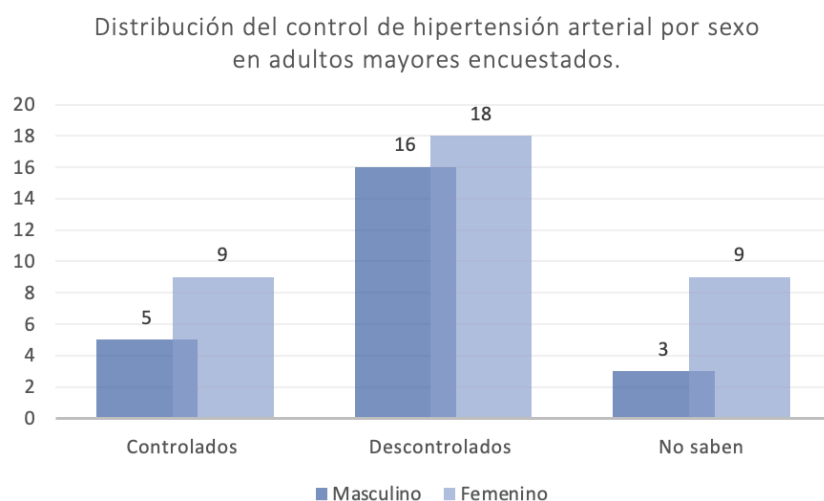


Gráfico 2. Distribución del control de hipertensión arterial por sexo en adultos mayores encuestados. Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, se muestra la presencia de una red de apoyo en los 34 adultos mayores que reportaron tener Hipertensión Arterial descontrolada. Se identificó que 9 pacientes (26.5%) contaban con una red de apoyo, mientras que 25 pacientes (73.5%) no disponían de una red de apoyo para el manejo de su enfermedad

Presencia de red de apoyo en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial descontrolada.

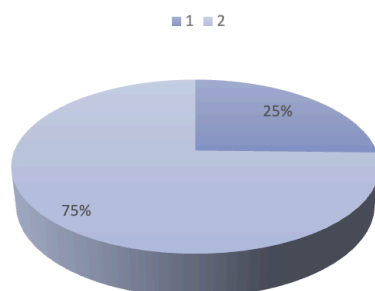
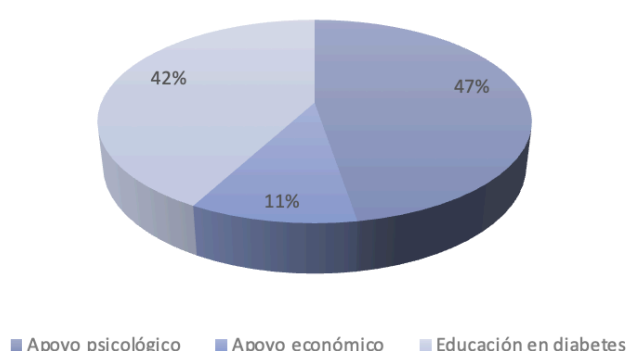


Gráfico 3. Presencia de red de apoyo en pacientes descontrolados. Fuente: Elaboración propia

La gráfica 4 muestra las principales necesidades de apoyo identificadas por los adultos mayores con Hipertensión Arterial encuestados. Es importante señalar que cada participante tuvo la posibilidad de seleccionar más de una opción de respuesta, por lo que las categorías no son excluyentes y los porcentajes representan la frecuencia con la que cada tipo de apoyo fue mencionado.

Se observó que la necesidad más frecuente fue el apoyo psicológico, señalado por 27 participantes (45%), seguido de la educación en Hipertensión, mencionada por 24 participantes (40%). Por su parte, el apoyo económico fue referido por 6 participantes (10%), siendo la necesidad menos reportada.

Necesidades de apoyo percibidas por los adultos mayores con hipertensión arterial.



Gráfica 4. Necesidades de apoyo percibidas por los adultos mayores con Hipertensión Arterial. Fuente: Elaboración propia

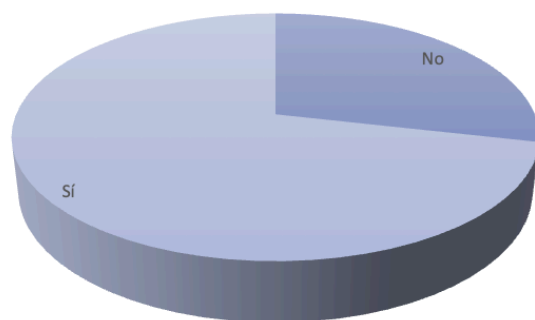
8.1 Resultados de la intervención

Con la finalidad de fortalecer el conocimiento sobre la HAS y fomentar una participación activa por parte de su red de apoyo sobre el control de su enfermedad, se llevó a cabo una intervención educativa dirigida a adultos mayores atendidos en la USPN T-III Ampliación Hidalgo. Como parte del plan de acción se realizaron sesiones de educación para la salud en sala de espera, orientaciones individuales durante la consulta médica y actividades de consejería dirigidas tanto a los pacientes como a sus familiares y cuidadores, abordando temas relacionados con la hipertensión arterial, el apego a los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, una ingesta de alimentos saludables, la cultura física, automonitoreo de su presión y prevención de complicaciones. Asimismo, se promovió la participación de la red de apoyo mediante la entrega de material informativo y la realización de una caminata grupal con pacientes y familiares, con el objetivo de fortalecer hábitos de vida sanos y reforzar la importancia del acompañamiento familiar en el control de su padecimiento.

Con el fin de valorar el impacto de las actividades implementadas, al concluir la intervención se aplicó una encuesta de evaluación a los participantes que acudieron nuevamente a la unidad en el transcurso del seguimiento. De los 60 adultos mayores incluidos en el diagnóstico inicial, fue posible evaluar a 40 pacientes, ya que el resto no acudió a consulta durante el tiempo establecido para la aplicación del instrumento o no fue posible localizarlos nuevamente. Por tal motivo, los resultados presentados en este apartado corresponden únicamente a los 40 participantes que completaron la evaluación posterior a la intervención.

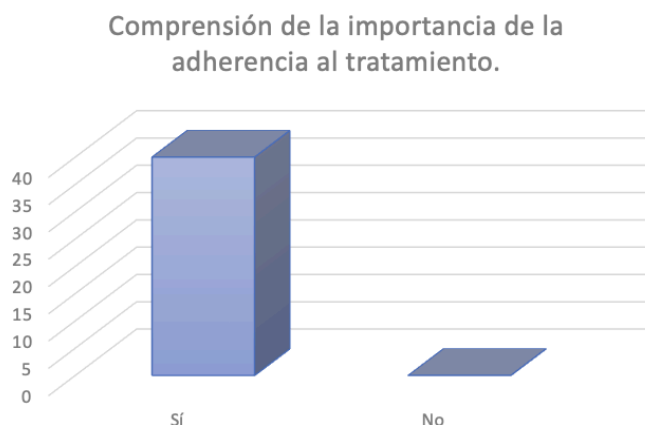
La evaluación realizada al finalizar la intervención mostró que **37 de los 40 participantes (92.5%)** consideraron conocer mejor su enfermedad después de asistir a las sesiones educativas, mientras que únicamente **3 participantes (7.5%)** manifestaron no percibir cambios en sus conocimientos, como se puede observar en el gráfico 5. Estos datos sugieren que las acciones de educación para la salud contribuyen en mejorar la comprensión de la hipertensión arterial y de las medidas necesarias para su control.

Pacientes que refieren conocer mejor su enfermedad después de la intervención



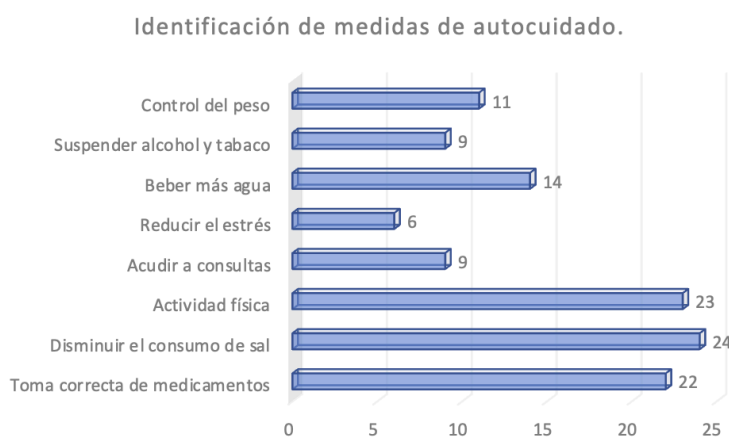
Gráfica 5. Pacientes que refieren conocer mejor su enfermedad después de la intervención. Fuente: Elaboración propia

En relación con la adherencia al tratamiento, la gráfica 6 ilustra que **la totalidad de los participantes (100%)** refirió haber comprendido la importancia de tomar correctamente los medicamentos y seguir las indicaciones médicas para mantener un adecuado control de la hipertensión arterial. Este hallazgo refleja una adecuada aceptación de los contenidos abordados durante la intervención y evidencia la importancia de la educación para la salud como estrategia para fortalecer el apego terapéutico.



Gráfica 6. Comprensión de la importancia de la adherencia al tratamiento. Fuente: Elaboración propia

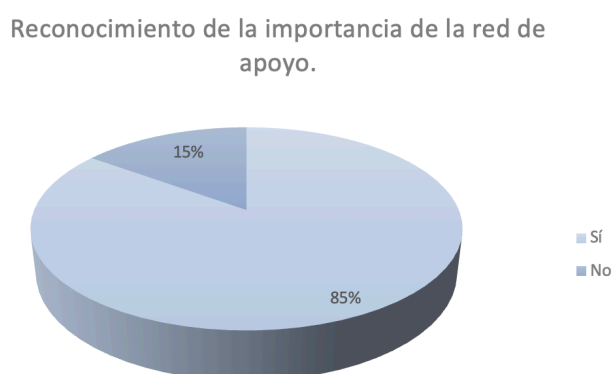
En el gráfico 7 se pueden observar los resultados respecto a los conocimientos adquiridos sobre las medidas de autocuidado, **38 participantes (95%)** lograron mencionar al menos tres acciones para favorecer el control de su enfermedad, mientras que **2 participantes (5%)** identificaron únicamente dos medidas. Entre las respuestas más frecuentes se encuentran la reducción de la ingesta de sodio, la práctica regular ejercicio físico, el mantenimiento de un peso corporal adecuado, disminución del estrés, asistencia periódica a las consultas médicas, correcta toma de los medicamentos, incremento de la ingesta de agua y suspensión de hábitos como consumo de alcohol y tabaco. Estos resultados sugieren que la mayor parte de participantes logró identificar las principales recomendaciones para el control integral de la presión arterial.



Gráfica 7. Identificación de medidas de autocuidado. Fuente: Elaboración propia

En cuanto al papel de la red de apoyo, **34 participantes (85%)** reconocieron la importancia de la participación de familiares o cuidadores en el control de la hipertensión arterial, mientras que **6 participantes (15%)** consideraron que este aspecto no influía de manera significativa, como se muestra en el gráfico 8. Lo anterior sugiere que la intervención favoreció la sensibilización sobre el rol que ejerce el entorno en el seguimiento de

tratamientos, el acompañamiento a las consultas y la adopción de hábitos saludables.



Gráfica 8. Reconocimiento de la importancia de la red de apoyo. Fuente: Elaboración propia

En conjunto, los resultados de la evaluación posterior evidencian una respuesta favorable por parte de los participantes a las actividades desarrolladas durante la intervención. La mayoría manifestó haber incrementado sus conocimientos sobre su enfermedad, comprender la relevancia en el apego al tratamiento, identificar medidas de autocuidado y reconocer el rol que ejerce su red de apoyo sobre el control de su padecimiento. Estos hallazgos sugieren que las intervenciones de educación para la salud y acompañamiento implementadas constituyen herramientas útiles para fortalecer el autocuidado y promover un manejo más integral de la hipertensión arterial en los adultos mayores atendidos en la unidad de salud.

9. Conclusiones

Los resultados obtenidos en las 60 encuestas aplicadas permitieron identificar que el control de la hipertensión dentro de esta población también depende del acompañamiento y apoyo que los adultos mayores reciben por parte de su entorno familiar y social y no únicamente de las intervenciones farmacológicas.

Se encontró que más de la mitad de los participantes percibían su enfermedad como descontrolada y que, entre ellos, la mayoría no contaba con una red de apoyo, situación que puede dificultar el apego al tratamiento, el seguimiento de las recomendaciones médicas y la adopción de hábitos saludables. Asimismo, los adultos mayores manifestaron que sus principales necesidades iban más allá del aspecto económico, destacando el apoyo psicológico y una mayor educación sobre su enfermedad, lo que refleja la necesidad de sentirse acompañados, escuchados y contar con herramientas que les permitan ejercer un rol activo para el cuidado y mantenimiento de su salud.

Con base en estos hallazgos, se implementó una intervención educativa dirigida a fortalecer la información y conocimientos respecto a su padecimiento, promover el apego al tratamiento y sensibilizar tanto a pacientes como a familiares respecto a la relevancia de la red de apoyo en el control de la enfermedad. Las actividades desarrolladas incluyeron sesiones de educación para la salud, orientación individual, consejería y una caminata grupal para promover una adecuada cultura física como parte de las intervenciones no farmacológicas.

La evaluación realizada al finalizar la intervención sugirió resultados favorables. La mayoría de los participantes refirió conocer mejor su enfermedad, comprender la relevancia del apego al tratamiento, identificar adecuadamente medidas de autocuidado y reconocer el papel que desempeña su red de apoyo en el control de la enfermedad. Estos resultados sugieren que las estrategias educativas implementadas contribuyeron a fortalecer los conocimientos y la percepción de los pacientes respecto al manejo integral de su enfermedad.

En conjunto, los hallazgos obtenidos evidencian que el manejo de la hipertensión arterial sistémica en el adulto mayor debe abordarse desde una perspectiva integral, incorporando intervenciones de educación para la salud que favorezcan el autocuidado, la participación activa de la familia y la consolidación de la red de apoyo. Si bien el control de la enfermedad depende de múltiples factores, proporcionar información clara, orientación y acompañamiento representa una estrategia factible dentro del primer nivel de atención para favorecer el apego al tratamiento y mejorar el control de la enfermedad.

Finalmente, el presente proyecto permitió identificar las principales necesidades de los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica atendidos en la USPN T-III Ampliación Hidalgo e implementar una intervención orientada a responder a dichas necesidades. La experiencia obtenida demuestra que las actividades educativas y el involucramiento de la familia constituyen herramientas valiosas para promover el autocuidado y fortalecer la atención integral de esta población.

10. Bibliografía

1. Subdirección de Medicina del Deporte. GUIA CLINICA DE HIPERTENSION ARTERIAL. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/MG-SMD-12.pdf>
2. de Salud. QDEUM-S. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial [Internet]. Org.mx. [citado

el 12 de julio de 2026]. Disponible en:
<https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-030-SSA2-1999%20Hipertensi%C3%B3n%20arterial.pdf>

3. Portal INSP [Internet]. Insp.mx. [citado el 12 de julio de 2026]. Disponible en:
<https://www.insp.mx/avisos/299-de-las-personas-adultas-en-mexico-vive-con-hipertension>
4. Hipertensión arterial: factores de riesgo y como prevenirla [Internet]. Com.mx. [citado el 12 de julio de 2026]. Disponible en:
<https://siegfried.com.mx/hipertension-arterial-factores-de-riesgo-y-como-prevenirla>
5. Ortega JPG, Ramón SMQ, Astudillo EPD, Ávila SAS, Vásquez XSS, Solórzano GAG, et al. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. 2021; Disponible en:
https://www.revhipertension.com/rh_5_2020/4_adherencia_tratamiento_hipertension.pdf

11. Anexos



Anexo 1 y 2. Plática y entrega de material didáctico en sala de espera sobre Hipertensión Arterial



Anexo 3 y 4. Campaña de detección de presión y concientización sobre Hipertensión Arterial



Anexo 5 y 6. Campañas de detección de presión y concientización sobre Hipertensión Arterial





Anexo 7, 8, 9 y 10. Caminata conmemorativa al día mundial contra la obesidad con pacientes con Hipertensión

ENCUESTA

Edad: _____ Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre Estado civil: _____ Escolaridad: _____

¿Con quién vive actualmente?

- ☐ Solo(a)
☐ Pareja
☐ Hijos
☐ Otro: _____

II. Datos sobre la Hipertensión

¿Cuántos años tiene con diagnóstico de Hipertensión?

- ☐ Menos de 5 años
☐ 5-10 años
☐ Más de 10 años

Tratamiento actual:

☐ _____

¿Toma su tratamiento como se lo indicó el médico?

- ☐ Siempre
☐ A veces
☐ Rara vez

En el último año, ¿le han dicho que su hipertensión está?

- ☐ Controlada
☐ Descontrolada
☐ No sabe

III. Red de apoyo social

¿Cuenta con alguien que le ayude con su enfermedad?

- ☐ Sí
☐ No

¿Quién es su principal apoyo?

- ☐ Hijo(a)
☐ Pareja
☐ Otro familiar
☐ Vecino(a)
☐ Nadie

¿En qué le ayuda principalmente esa persona? (puede marcar más de una)

- ☐ Recordarle tomar sus medicamentos
☐ Preparación de alimentos
☐ Acompañarlo(a) a consultas
☐ Apoyo económico
☐ Apoyo emocional

¿Con qué frecuencia recibe apoyo?

- ☐ Diario
☐ Varias veces a la semana
☐ Ocasionalmente
☐ Nunca

IV. Influencia del apoyo en su enfermedad

Gracias al apoyo que recibe, ¿considera que su diabetes está mejor controlada?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

Cuando no recibe apoyo, ¿se le dificulta cumplir su tratamiento?

- ☐ Sí
☐ No

¿Ha dejado de acudir a consultas médicas por falta de apoyo?

- ☐ Sí
☐ No

V. Complicaciones y seguimiento

¿Le han diagnosticado alguna complicación por hipertensión?

- ☐ Ninguna
☐ Daño en riñón
☐ Cardiovascular
☐ Otro

¿Asiste regularmente a sus consultas de control?

- ☐ Sí
☐ No

VI. Necesidades percibidas

¿Considera que necesita más apoyo para controlar su diabetes?

- ☐ Sí
☐ No

¿Qué tipo de apoyo considera más necesario?

- ☐ Familiar
☐ Educación en hipertensión
☐ Apoyo psicológico
☐ Apoyo económico
☐ Grupos de apoyo

Anexo 10. Encuesta sobre Hipertensión Arterial en adultos de 60+. Fuente: Elaboración propia

ENCUESTA EVALUACIÓN

- | | |
|--|--|
| 1. Después de las pláticas, ¿considera que conoce mejor su enfermedad?
☐ Sí
☐ No | 4. ¿Considera importante que su familia participe en el tratamiento? ☐ Sí
☐ No |
| 2. ¿Comprendió la importancia de tomar correctamente sus medicamentos?
☐ Sí
☐ No | 5. Después de la intervención, ¿piensa asistir regularmente a sus consultas?
☐ Sí
☐ No |
| 3. Mencione 3 medidas para controlar su enfermedad:

_____ | 6. ¿Considera útil la información recibida?
☐ Sí
☐ No |

Extra. Comentario/retroalimentación.

Anexo 11. Encuesta de evaluación de la intervención. Fuente: Elaboración propia