



Universidad Autonoma Metropolitana

División: Ciencias Biologicas y Sociales

Departamento: Medicina

DIAGNOSTICO DE SALUD DE

CLINICA GERIATRICA COYOACAN

CARLOS EDUARDO RAMOS SANDOVAL

Matricula: 2192035502

Asesor: Dra Alejandra Gasca García

ÍNDICE.....	1-2
1. Introducción del diagnóstico de salud.....	3
2. Objetivos.....	5
3. Marco de Referencia.	5
4. Datos de la Unidad de Salud.....	6
4.1 Dirección y Ubicación.	
4.2 Servicios.	
4.3 Organigrama.	
4.4 Misión y Visión de la Unidad.	
5. Información sociodemográfica del área de estudio.	8
5.1 Ubicación y mapa del área de estudio.	
5.2 Datos geográficos de la Delegación. (Topografía; Hidrografía; Clima; Superficie Territorial y Altura).	
6. Metodología Utilizada.	11
6.1 Tipo de estudio.	
6.2 Recolección de datos.	
6.3 Límites de tiempo y espacio.	
6.4 Recursos utilizados.	
6.4.1 Recursos Humanos	
6.4.2 Recursos Materiales	
7.- Resultados.....	12
7.1. Datos de Identificación	
8. Datos demográficos, acceso a la salud, vacunación y salud bucal.	16
8.1 Número de habitantes, por edad, identidad de género.	
8.2. Escolaridad de la población estudiada.	
8.3. Estado Civil de la población.	
8.4. Ocupación de la Población.	
8.5. Acceso a servicios de salud.	
9. Vacunación.	21
9.5. Vacunación en el grupo de 60 y más años.	
10. Salud Bucal.	22
10.1. Higiene bucal.	
10.2. Número de veces que realiza la higiene bucal.	
10.3. última consulta dental.	
11. Características de la vivienda.	24
11.1. Personas que habitan la vivienda	
11.2. Habitaciones que usan para dormir.	
11.3. Ventanas por habitación.	
11.4 Índice de hacinamiento	
11.5 Tenencia de la vivienda.	
11.6. Materiales de construcción.	
11.7. Disposición de agua.	
11.7.1. Almacenamiento.	
11.7.2. Tratamiento del agua para consumo.	

11.8. combustibles utilizados.	
11.9 Métodos utilizados para la eliminación de basura.	
11.10. Frecuencia de la eliminación de basura.	
11.11. mecanismo que utiliza para eliminar las excretas.	
11.12. Convivencia con animales domésticos.	
11.13. Tipo de fauna nociva en la vivienda.	
12. Alimentación familiar.	36
12.1. Frecuencia de alimentos consumidos a la semana.	
12.2. Frecuencia de alimentos ultra procesados consumidos a la semana.	
12.3. Métodos utilizados para la conservación de alimentos.	
13. Entorno de la vivienda.	39
13.1. Prevención de rabia.	
13.2. Riesgos ambientales en la comunidad.	
13.3. Acceso a servicios públicos.	
13.4. Riesgos socio – sanitarios.	
14. Dinámica familiar.	43
14.1. Tipo de familia.	
14.2. Religión que profesa.	
14.3. Tipo de violencia familiar.	
14.4. Ingreso económico familiar.	
14.5. Tiempo para la recreación.	
14.6. Participan en grupos sociales.	
15. Asistencia al centro de salud.	47
15.1. Acceso a derechos.	
15.2. Frecuencia en la que acuden al centro de salud.	
15.3. Trato recibido en el centro de salud.	
15.4. Solucionan el problema motivo por el que acuden al centro de salud.	
16. Daños a la Salud.	51
16.2.5. Adultos de más de 60 años de edad.	
16.3. Adicciones que pueden padecer algunos integrantes de la familia.	
16.4. Discapacidad que pueden tener algunos integrantes de la familia.	
16.5. Principales enfermedades presentadas en el último año.	
17. Análisis de resultados.	56
18. Conclusiones y recomendaciones.	56
19. Bibliografía.	58

Anexos

- Anexo 1 Cuestionario de aplicación para llenado de cédulas diagnósticas.
- Anexo 2 Cédulas diagnósticas

Archivos anexos

Archivo 1 - Cédulas de diagnóstico de salud

Archivo 2 - Cuadros de salida

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento acelerado de la población mexicana ha transformado significativamente el perfil epidemiológico del país y ha colocado al adulto mayor en el centro de los desafíos para los servicios de salud. En este contexto, la Clínica Geriátrica Coyoacán, ubicada al sur de la Ciudad de México y adscrita al modelo IMSS-Bienestar, se ha constituido como una unidad de primer nivel especializada en la atención integral de personas de 60 años y más, sin seguridad social o con derechohabiencia insuficientemente resuelta. El diagnóstico de salud que aquí se presenta surge de la necesidad de conocer con mayor precisión las condiciones de vida, los determinantes sociales y el perfil de morbilidad de esta población, con el fin de orientar intervenciones preventivas, educativas y comunitarias más pertinentes.

La población adscrita a la clínica asciende a poco más de cinco mil usuarios registrados, de los cuales se seleccionó una muestra de 31 pacientes adultos mayores para la aplicación de cédulas diagnósticas, complementadas con revisión de expedientes clínicos, observación directa y entrevistas. Esta muestra, si bien limitada en tamaño, permite un primer acercamiento estructurado al estado de salud y al entorno social de los pacientes que acuden de forma regular a la unidad. Los resultados muestran una población predominantemente femenina, con un segmento relevante en edades avanzadas e incluso la presencia de pacientes centenarios, lo que revela un envejecimiento avanzado y la necesidad de dispositivos de atención específicamente diseñados para este grupo.

En el plano sociodemográfico, se documenta una trayectoria de vida marcada por baja escolaridad, participación laboral predominantemente informal y una fuerte inserción en el trabajo no remunerado del hogar. Esta combinación se traduce en pensiones bajas, ingresos familiares limitados y, en muchos casos, dependencia de apoyos gubernamentales o de la familia. A pesar de ello, la mayoría de los pacientes reside en vivienda propia, construida con materiales definitivos y con acceso completo a servicios básicos como agua entubada, drenaje, gas, energía eléctrica y recolección de basura, lo cual representa un factor protector importante frente a contextos de precariedad habitacional.

El análisis de la vivienda y su entorno evidencia condiciones en general favorables, con bajo índice de hacinamiento y acceso universal a servicios públicos básicos. Sin embargo, se identifican riesgos ambientales urbanos que afectan a una proporción no despreciable de los pacientes, como la convivencia cercana con gasolineras, talleres, basureros a cielo abierto o cuerpos de agua estancada, así como la presencia de fauna nociva. A esto se suman viviendas con escasa ventilación o iluminación natural, aspectos que, en el caso del adulto mayor con pluripatología, pueden incrementar el riesgo de deterioro funcional, caídas, síndrome de fragilidad y trastornos del estado de ánimo.

En cuanto al acceso a servicios de salud, el diagnóstico muestra una realidad compleja: aunque una proporción importante de los pacientes cuenta con algún tipo de derechohabiencia institucional (principalmente IMSS, seguido de Secretaría de Salud e ISSSTE), muchos eligen acudir a la Clínica Geriátrica Coyoacán como su punto habitual de atención. La alta frecuencia de asistencia, en algunos casos semanal, indica no solo la necesidad de seguimiento clínico, sino también la función de la clínica como espacio de acompañamiento, socialización y contención emocional. El modelo de atención centrado en el adulto mayor, multidisciplinario y con enfoque biopsicosocial emerge como uno de los principales atractivos de la unidad frente a otros servicios más generalistas.

En el ámbito preventivo, el estudio revela avances y brechas importantes. Destaca que el 100 % de los pacientes encuestados cuenta con Cartilla Nacional de Salud vigente, resultado asociado a la práctica institucional de solicitar y revisar la cartilla en cada consulta. Sin embargo, solo 22.58 % presenta un esquema de vacunación completo cuando se incluye la vacuna contra COVID-19 como criterio; si se excluye esta vacuna, la proporción de esquemas completos se elevaría a 41 %, lo que evidencia un área de oportunidad relevante para fortalecer la prevención primaria en este grupo.

etario. En contraste, la vacunación antirrábica en mascotas es óptima, con un 100 % de animales convivientes vacunados, lo que reduce riesgos zoonóticos en el entorno domiciliario.

Los estilos de vida muestran un panorama mixto. En términos de alimentación, se observa un consumo aceptable de frutas, lácteos y huevo, pero una ingesta insuficiente de verduras y leguminosas, junto con una alta frecuencia en el uso de aceites, manteca o margarina para la preparación de alimentos. El consumo de ultraprocesados no es tan elevado como podría esperarse, pero 74.2 % de los pacientes refiere ingerir panes y galletas industrializados, y cerca de la mitad consume con regularidad botanas, bebidas azucaradas y embutidos. Estos patrones se insertan en el contexto de una generación que no creció con educación nutricional formal, aunque hoy se beneficia de la consulta de nutrición como parte del modelo integral de la clínica, lo que parece estar modulando positivamente algunos hábitos.

En salud bucal, los resultados son relativamente favorables: la gran mayoría utiliza cepillo dental y pasta fluorada y más de la mitad refiere haber acudido a consulta dental en los últimos tres meses. No obstante, aún existen pacientes con tiempos prolongados sin revisión estomatológica y un uso limitado de métodos complementarios de higiene, lo que, en un contexto de alta prevalencia de pérdida dental parcial o total, refuerza la importancia de mantener estrategias activas de prevención y seguimiento en este campo.

El perfil clínico confirma una carga predominante de enfermedades crónicas no transmisibles. La hipertensión arterial es la patología más frecuente, presente en 80.65 % de los pacientes, seguida por la obesidad (51.61 %) y la diabetes mellitus tipo 2 (35.48 %). A esto se suma la presencia de depresión en aproximadamente una cuarta parte de los pacientes (25.81 %) y de dislipidemias en casi 10 %, lo que subraya la necesidad de un abordaje integral que incluya salud mental y control estricto de factores de riesgo cardiovascular y metabólico. En contraste, los padecimientos agudos, como infecciones respiratorias o gastrointestinales, son poco frecuentes en el último año, lo que puede interpretarse como un efecto positivo de las acciones preventivas y del seguimiento continuo de crónicos.

En el plano funcional y psicosocial, la mayoría de los pacientes mantiene un nivel de autonomía relativamente conservado, aunque se identifican casos de discapacidad motora y se reconoce el riesgo de subregistro de discapacidades sensoriales, visuales o auditivas. Predominan las familias nucleares y extensas como principal red de apoyo, pero también se registran situaciones de soledad, bajo ingreso, así como episodios de violencia psicológica y económica que fueron canalizados. Estos elementos, sumados a la pluripatología, configuran un escenario de alta vulnerabilidad, pero también abren una ventana para intervenciones comunitarias y psicosociales desde el primer nivel de atención.

En síntesis, el diagnóstico de salud de la Clínica Geriátrica Coyoacán revela una población envejecida, mayoritariamente femenina, con importante carga de enfermedad crónica, condiciones económicas limitadas pero con vivienda y servicios básicos relativamente consolidados, y una fuerte apropiación del modelo de atención integral ofrecido por la unidad. Los hallazgos enfatizan la necesidad de reforzar la prevención y el control de crónicos, actualizar y completar esquemas de vacunación, profundizar en la detección de discapacidad y problemas de salud mental, y diseñar estrategias de intervención que integren los determinantes sociales de la salud. Este panorama justifica la consolidación de la clínica como espacio estratégico para promover un envejecimiento activo, funcional y digno, articulando acciones clínicas, educativas y comunitarias desde la Atención Primaria a la Salud.

Objetivo general:

Conocer los principales determinantes sociales, condiciones de salud, características sociodemográficas y del entorno de la población adscrita a la Clínica Geriátrica Coyoacán, con el fin de identificar problemas prioritarios y proponer intervenciones educativas y preventivas que mejoren la calidad de vida de la población adulta mayor.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la población adulta mayor adscrita a la Clínica Geriátrica Coyoacán, considerando variables como sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y estructura familiar.

2. Analizar las condiciones de la vivienda y del entorno comunitario, así como los principales factores de riesgo ambientales, sanitarios y sociales que influyen en el estado de salud de la población estudiada.

3. Identificar el acceso a los servicios de salud y las condiciones de atención preventiva en la población adulta mayor, incluyendo esquemas de vacunación y salud bucal, como componentes relevantes del diagnóstico de salud.

Marco de Referencia

El diagnóstico de salud se fundamenta en los principios de la salud pública y la Atención Primaria a la Salud (APS), los cuales reconocen que el proceso salud-enfermedad está determinado no solo por factores biológicos, sino también por determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales. Este enfoque permite identificar las condiciones que favorecen o limitan el bienestar de una comunidad, especialmente en grupos vulnerables como las personas adultas mayores.

La Atención Primaria a la Salud, establecida desde la Declaración de Alma-Ata (1978)⁽¹⁾ y fortalecida en la Declaración de Astaná (2018)⁽²⁾, promueve una atención accesible, integral, continua y centrada en la comunidad. Dentro del contexto mexicano, este enfoque ha sido integrado al Modelo de Atención para la Salud, con especial énfasis en la prevención y el control de enfermedades crónicas no transmisibles, que son altamente prevalentes en la población geriátrica.

Asimismo, el presente diagnóstico se alinea con los marcos normativos nacionales, como la Ley General de Salud, la Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable, y los lineamientos establecidos por el Programa de Acción Específico para la Atención del Envejecimiento 2020–2024⁽³⁾. En particular, se considera la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012⁽⁴⁾, para la atención a la salud del adulto mayor en el primer nivel de atención, la cual establece los criterios para garantizar una atención integral, continua y con enfoque biopsicosocial para esta población.

De forma complementaria, la Clínica Geriátrica Coyoacán ha comenzado a implementar el modelo ICOPE (Cuidado Integrado para las Personas Mayores, por sus siglas en inglés)⁽⁵⁾, propuesto por la Organización Mundial de la Salud. Este modelo se enfoca en mantener la capacidad funcional de los adultos mayores mediante la evaluación de dominios clave como la movilidad, cognición, estado nutricional, visión, audición y salud mental, con el propósito de prevenir la dependencia y mejorar la calidad de vida en el envejecimiento.

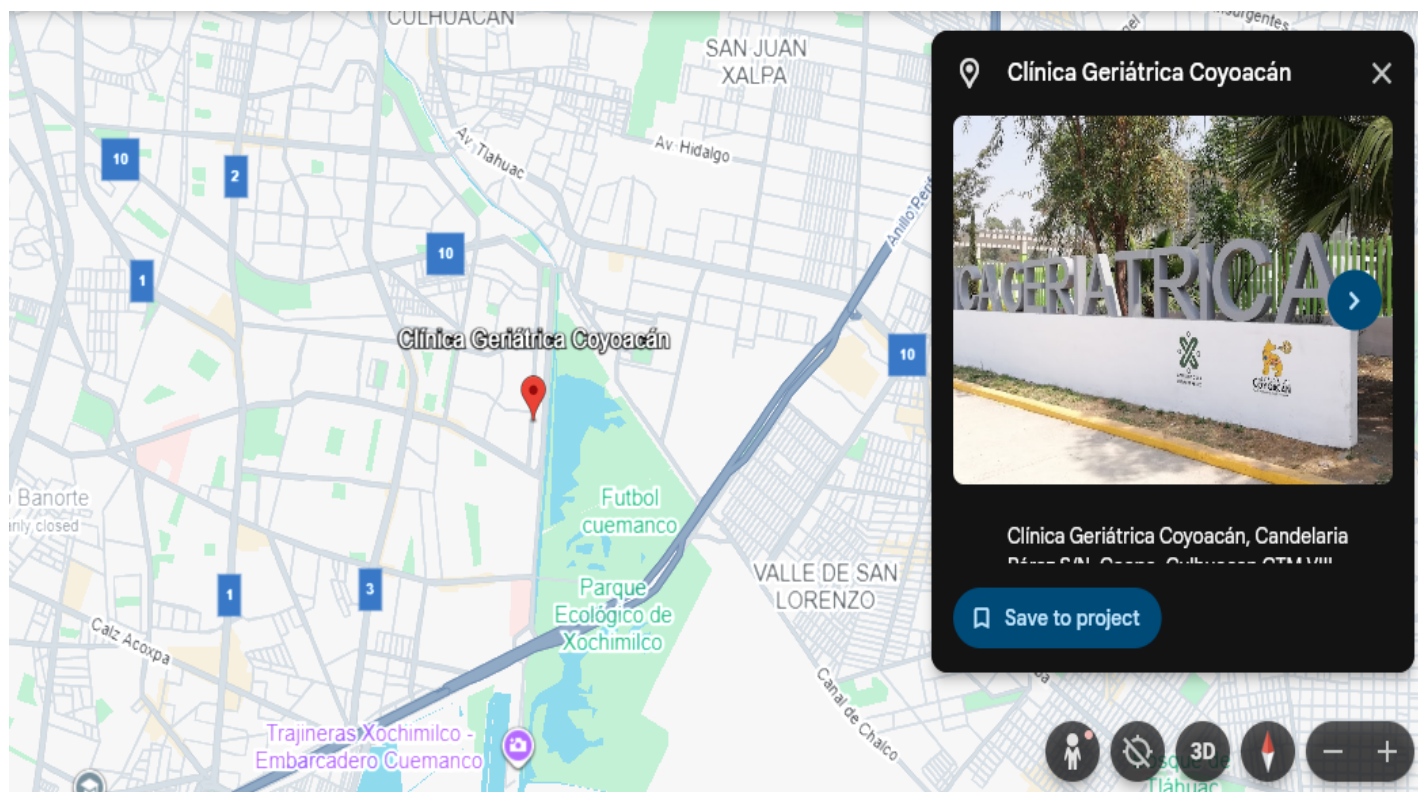
En este estudio se emplea el enfoque de los determinantes sociales de la salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual considera que las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen influyen significativamente en su estado de salud. Factores como la educación, el ingreso, la calidad de la vivienda, el acceso a servicios y el entorno familiar son considerados en la recopilación y análisis de los datos.

La Clínica Geriátrica Coyoacán se convierte en un espacio privilegiado para llevar a cabo este diagnóstico, dado su enfoque exclusivo en la atención integral de la persona adulta mayor y su ubicación dentro de una zona urbana con marcadas desigualdades sociales. A través de este diagnóstico, se pretende generar evidencia útil para orientar acciones comunitarias que fortalezcan la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la mejora continua de los servicios ofrecidos a esta población.

Datos de la unidad de Salud

La Clínica Geriátrica Coyoacán se localiza en la calle Candelaria Pérez, esquina con Calzada de las Bombas, sin número, colonia Canal Nacional CTM 8 Culhuacán, código postal 04909, en la alcaldía Coyoacán, Ciudad de México. La unidad no cuenta con límites de área de responsabilidad establecidos, ya que brinda atención a personas adultas mayores provenientes de distintas alcaldías de la Ciudad de México. No obstante, una proporción importante de las personas usuarias reside en colonias aledañas a la alcaldía Coyoacán.

La localización geográfica de la unidad se identificó mediante cartografía digital, utilizando la plataforma Google Maps, la cual permite ubicar de manera precisa la infraestructura de servicios de salud en el entorno urbano inmediato.



Fuente: Google LLC. Google Maps®: Localización de la Clínica Geriátrica Coyoacán, Coyoacán, Ciudad de México. Consulta: 9 de diciembre de 2025.

4.2 Servicios con los que cuenta la Unidad de Salud.

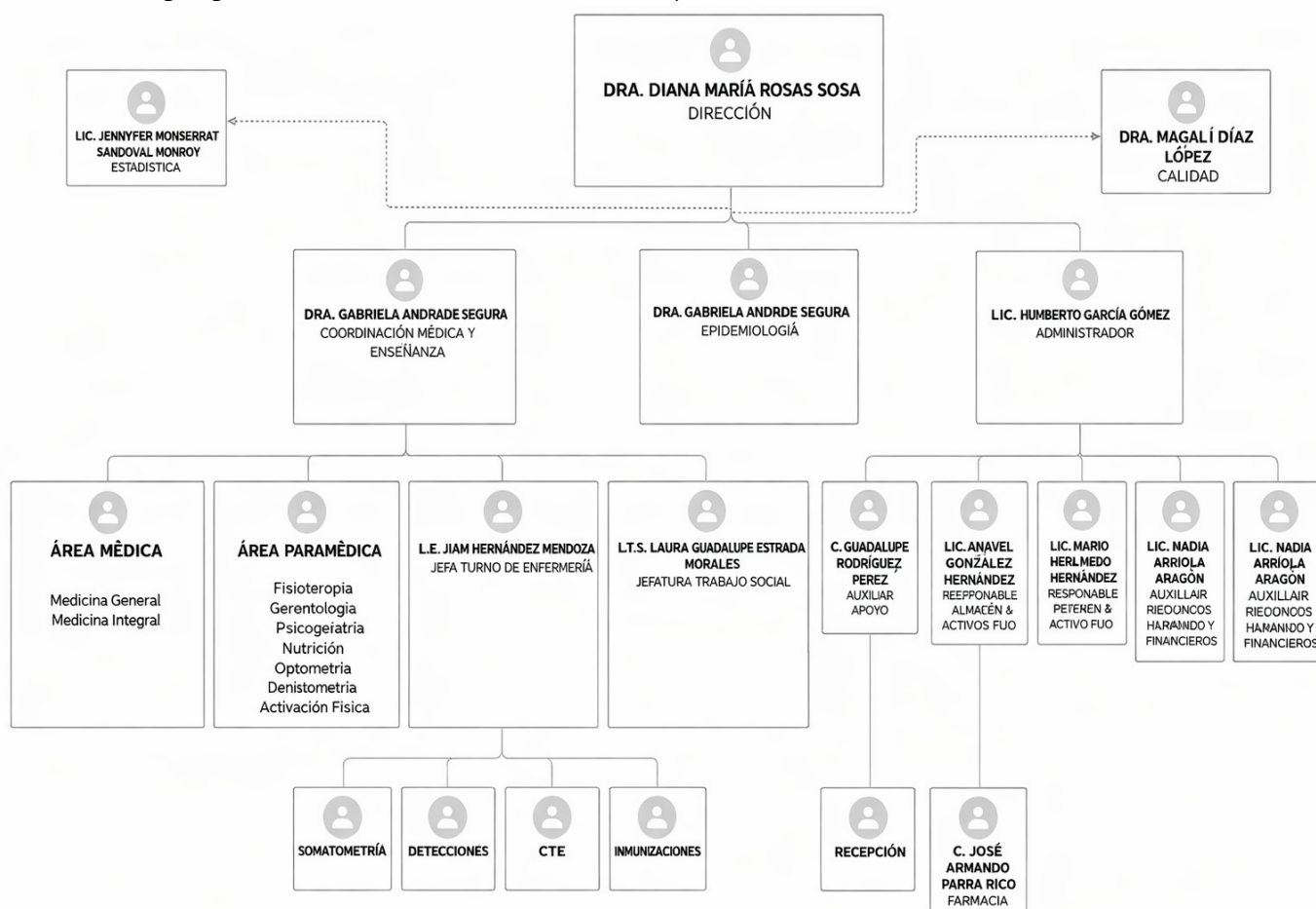
La Clínica Geriátrica Coyoacán ofrece un modelo de atención integral enfocado en la persona adulta mayor, contando con los siguientes servicios: medicina general, medicina integrada, estomatología, fisioterapia, psicología, optometría, densitometría ósea, nutrición, gerontología, psicogeriatría, módulo de detecciones de cáncer de la mujer y talleres de activación física.

La información correspondiente a los servicios disponibles se obtuvo a partir de documentos institucionales internos y observación directa realizada durante el periodo de estudio en la Clínica Geriátrica Coyoacán, lo cual permitió corroborar la operación real de cada uno de los servicios en la unidad (15)

Medicina General	Medicina Integrada	Estomatología
Fisioterapia	Psicología	Optometría
Densitometría	Nutrición	Gerontología
Psicogeriatría	Módulo de Detecciones de Cáncer de la mujer	Talleres de activación física.

Fuente: Elaboración propia a partir de información interna y observación directa en la Clínica Geriátrica Coyoacán, Coyoacán, Ciudad de México, 2025.

4.3 Organigrama interno de la Clínica Geriátrica Coyoacán.



Fuente: Dirección de la Clínica Geriátrica Coyoacán, Coyoacán, Ciudad de México (documento institucional, febrero-2025).

4.4. Misión y visión de la unidad.

MISIÓN: SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD IMSS BIENESTAR

Brindar atención médica, medicamentos y demás insumos asociados a la población sin seguridad social de forma gratuita, oportuna, eficaz, accesible y de calidad, promoviendo la participación activa de la población en el autocuidado de su salud.(17)

MISIÓN: CLÍNICA GERIÁTRICA COYOACÁN

Aplicar con responsabilidad, eficiencia, eficacia, calidad y calidez, los programas integrados de Atención a la Salud dirigidos a la población de adultos mayores de 60 años y más, sin seguridad social; mediante acciones que favorezcan el alcance de un envejecimiento activo y saludable para todos los usuarios, así mismo como apoyo a su familia y cuidadores. (15)

VISIÓN: SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD IMSS BIENESTAR

Ser la institución del Estado Mexicano garante del derecho a la salud, reconocida por la calidad, oportunidad y eficacia de sus servicios de salud y por su modelo de atención, enfocado en las personas sin seguridad social con corresponsabilidad individual, familiar y comunitaria(17)

VISIÓN: CLÍNICA GERIÁTRICA COYOACÁN

Ser la Clínica Geriátrica con mayor reconocimiento sobre las atenciones centradas en la población de adultos mayores de 60 años y más, sin seguridad social; llevando a cabo los programas integrados de atención a la salud de manera oportuna, eficaz, eficiente, honesta y responsable; logrando la plena satisfacción de nuestros usuarios, su familia y cuidadores. (15)

5.- Información sociodemográfica del área de estudio.

5.1 Ubicación y mapa del área trabajada.

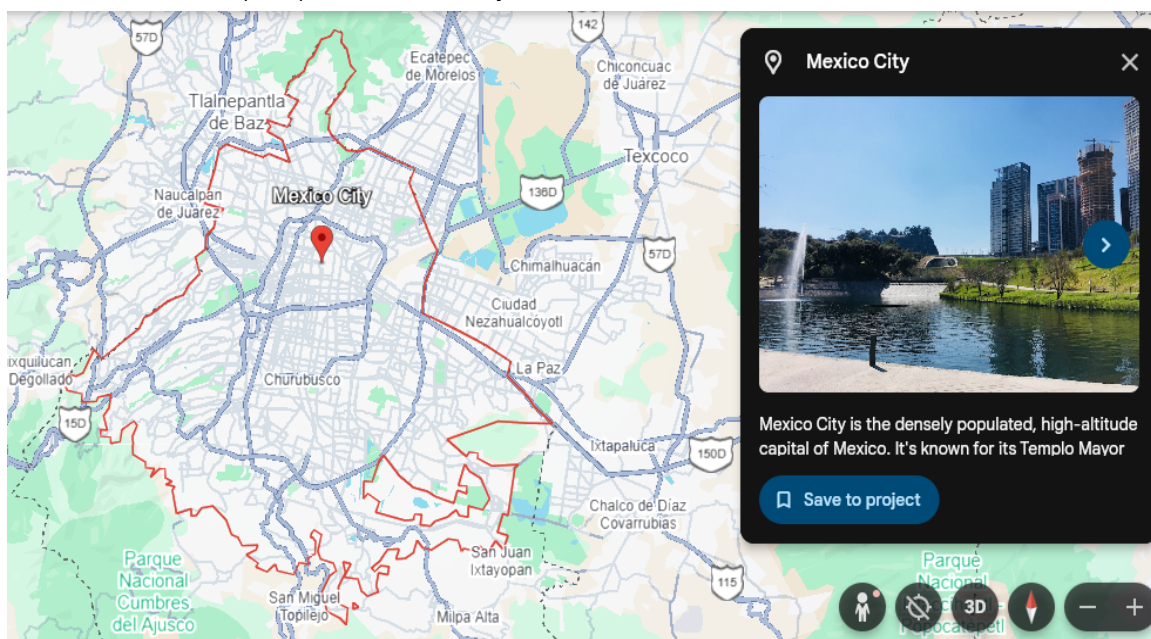


Ilustración 2. Mapa de la Ciudad de México; fuente: Google Maps.

La Ciudad de México, capital del país y una de las entidades federativas más densamente pobladas de América Latina, se localiza en el centro-sur de la República Mexicana, dentro del Valle de México, limita al norte, este y oeste con el Estado de México y al sur con el estado de Morelos. Su territorio, de aproximadamente 1,495 km², se encuentra dividido administrativamente en 16 alcaldías. Para fines estadísticos y de análisis territorial el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) organiza la ciudad en Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) que constituyen la unidad mínima de análisis censal a nivel urbano(7).

La Ciudad de México cuenta con aproximadamente 2,464 AGEB urbanas, las cuales permiten desagregar y analizar información demográfica, económica y social con un alto nivel de detalle geográfico. Estas divisiones son fundamentales en estudios de salud pública, ya que permiten identificar condiciones locales de vulnerabilidad, rezago social y determinantes



Ilustración 3. Mapa AGEBS de la Ciudad de México, fuente: INEGI. (7)

estructurales que inciden en el estado de salud de la población.

La unidad de estudio de esta investigación, la Clínica Geriátrica Coyoacán, se encuentra físicamente ubicada dentro del CVE_AGEBS 1463 (7), correspondiente a la alcaldía Coyoacán. No obstante, esta unidad no cuenta con una adscripción poblacional específica ni restringida a dicha AGEB, ya que su modelo de atención geriátrica permite el acceso a personas adultas mayores referidas desde distintas partes de la Ciudad de México, e incluso de otras zonas conurbadas.

Esta característica representa una limitación para el análisis basado únicamente en el contexto sociodemográfico del AGEB de localización, puesto que la población usuaria presenta heterogeneidad y no se encuentra restringida territorialmente.

Sin embargo, esta misma condición también puede considerarse una ventaja metodológica, en tanto permite observar una mayor diversidad de características sociales, niveles de acceso a servicios y condiciones de salud entre las personas adultas mayores atendidas. Lo anterior enriquece el análisis y permite formular conclusiones más amplias sobre el estado de salud geriátrica en la ciudad, particularmente en contextos urbanos con alta movilidad y disparidad territorial como la Ciudad de México.

Respecto al grado de marginación, la Ciudad de México presenta predominantemente un nivel bajo o muy bajo de rezago social, de acuerdo con el Índice de Rezago Social elaborado por CONEVAL**(8)**. Sin embargo, persisten AGEB con rezago medio o alto en zonas periféricas de alcaldías como Iztapalapa, Tláhuac, Xochimilco, Milpa Alta y Gustavo A. Madero. Estas condiciones se explican por una combinación de factores estructurales como la desigual distribución de servicios, la expansión urbana desordenada y la persistencia de pobreza multidimensional. La coexistencia de zonas con altos niveles de desarrollo con otras en situación de marginación refuerza la necesidad de análisis territoriales detallados y estrategias diferenciadas en salud pública para la atención de grupos vulnerables como las personas adultas mayores.

5.2 Datos sociodemograficos del area de estudio (Coyoacan)

Topografía

La alcaldía Coyoacán se localiza en la parte central de la Ciudad de México, dentro de la cuenca de México, e integra la provincia fisiográfica del Eje Neovolcánico, subprovincia Lagos y Volcanes del Anáhuac. Su relieve está dominado por los derrames de lava del volcán Xitle en el suroeste (zona de Los Pedregales), que se extienden hacia las avenidas Miguel Ángel de Quevedo, División del Norte y Calzada de Tlalpan; el resto del territorio está formado por depósitos del antiguo lago Texcoco-Xochimilco, lo que genera una combinación de meseta basáltica e históricas planicies lacustres. **(10)**.

Hidrografía

Coyoacán integra la región hidrológica del río Pánuco, dentro de la cuenca del río Moctezuma y la subcuenca Texcoco-Zumpango. En la actualidad, el territorio es 100 % urbano y no cuenta con cuerpos de agua superficiales permanentes. Las corrientes principales son el río Magdalena y el río Churubusco, ambos entubados en el tramo que atraviesa la alcaldía, además del Canal Nacional, que marca parte del límite con Iztapalapa. Estas corrientes forman parte del sistema de desagüe histórico de la cuenca y hoy funcionan como infraestructura de drenaje pluvial y sanitario; el resto del manejo del agua depende de la red de colectores y drenaje profundo. **(12)**.

Clima

De acuerdo con la información climatológica de INEGI y el Programa Delegacional de Desarrollo Urbano, Coyoacán presenta un clima templado subhúmedo con lluvias en verano (Cw, Köppen modificado). El rango de temperatura media anual se sitúa entre 12 y 18 °C, con temperaturas mínimas típicas cercanas a 8 °C y máximas medias entre 16 y 24 °C. La precipitación total anual promedio se sitúa alrededor de 800 mm, con un régimen claramente estacional: las lluvias se concentran de junio a septiembre, mientras que el invierno es relativamente seco.**(9)**.

Superficie territorial

La Alcaldía Coyoacán cuenta con una superficie aproximada de 54.0–54.4 km², lo que representa alrededor del 3.5–3.6 % del territorio de la Ciudad de México. El Programa Provisional de Gobierno de la alcaldía reporta una extensión de 54.03 km², ubicándola entre las demarcaciones de tamaño intermedio de la ciudad. **(11)**

Altitud

Según la División Geoestadística de INEGI, la altitud promedio de Coyoacán es de 2 247 m sobre el nivel del mar, con variaciones moderadas al interior de la demarcación. Las zonas centrales y orientales, asentadas sobre antiguos depósitos lacustres, se encuentran en torno a los 2 230–2 250 m s. n. m.; en contraste, en el suroeste (Los Pedregales y Cerro Zacatépetl) se alcanzan altitudes superiores a los 2 400 m s. n. m.(13)

6. Metodología utilizada

6.1 Tipo de estudio

El presente diagnóstico corresponde a un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal. Se diseñó para recopilar y analizar información clínica, funcional, sociodemográfica y del entorno de la población adulta mayor atendida en la Clínica Geriátrica Coyoacán, sin realizar intervención alguna sobre los participantes. El estudio se basó en la observación sistemática de variables relacionadas con el proceso salud–enfermedad, permitiendo identificar necesidades de salud, patrones y factores asociados en esta población específica.

6.2 Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando personas adultas mayores que acudieron a consulta médica, talleres de activación física y pláticas educativas ofrecidas por la unidad durante el periodo de estudio.

En total, se aplicaron 31 cédulas diagnósticas de salud a personas adultas mayores atendidas en la clínica. La información primaria se obtuvo mediante cuestionarios impresos (**Anexo 1**), aplicados directamente a los pacientes seleccionados. Posteriormente, los datos fueron sistematizados en formato digital en las cédulas de diagnóstico de salud (**Anexo 2**) para su análisis.

De manera complementaria, se utilizaron fuentes secundarias provenientes de la plataforma institucional de la Clínica Geriátrica Coyoacán, la cual concentra información clínica y demográfica de la población adscrita. Estos registros permitieron elaborar la pirámide poblacional de la unidad y analizar variables como sexo, y tipo de derechohabiencia, con el propósito de contextualizar los resultados obtenidos y fortalecer el análisis del diagnóstico de salud.

6.3 Límites de tiempo y espacio

El estudio se llevó a cabo en la Clínica Geriátrica Coyoacán, ubicada en la Ciudad de México. Debido a la naturaleza de la unidad, no se cuenta con un AGEB específico de adscripción, ya que los servicios están dirigidos exclusivamente a la población adulta mayor, sin restricción territorial.

La recolección de datos se realizó durante el primer periodo correspondiente al servicio social del pasante responsable febrero – julio , en el transcurso del año 2025.

6.4 Recursos utilizados

6.4.1 Recursos humanos

El proceso metodológico contó con la participación del siguiente personal:

1 pasante de Medicina: Responsable de la aplicación de cédulas, recolección y sistematización de datos, análisis preliminar de la información y elaboración del informe.

1 Jefe de Enseñanza de la unidad: Encargado de la supervisión académica, asesoría metodológica y validación del diagnóstico de salud.
1 asesor académico de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM): Responsable de la revisión académica del trabajo, orientación metodológica y retroalimentación crítica para el fortalecimiento del análisis y la estructura del diagnóstico de salud.

6.4.2 Recursos materiales

Para la ejecución del estudio se dispuso de los siguientes recursos materiales:

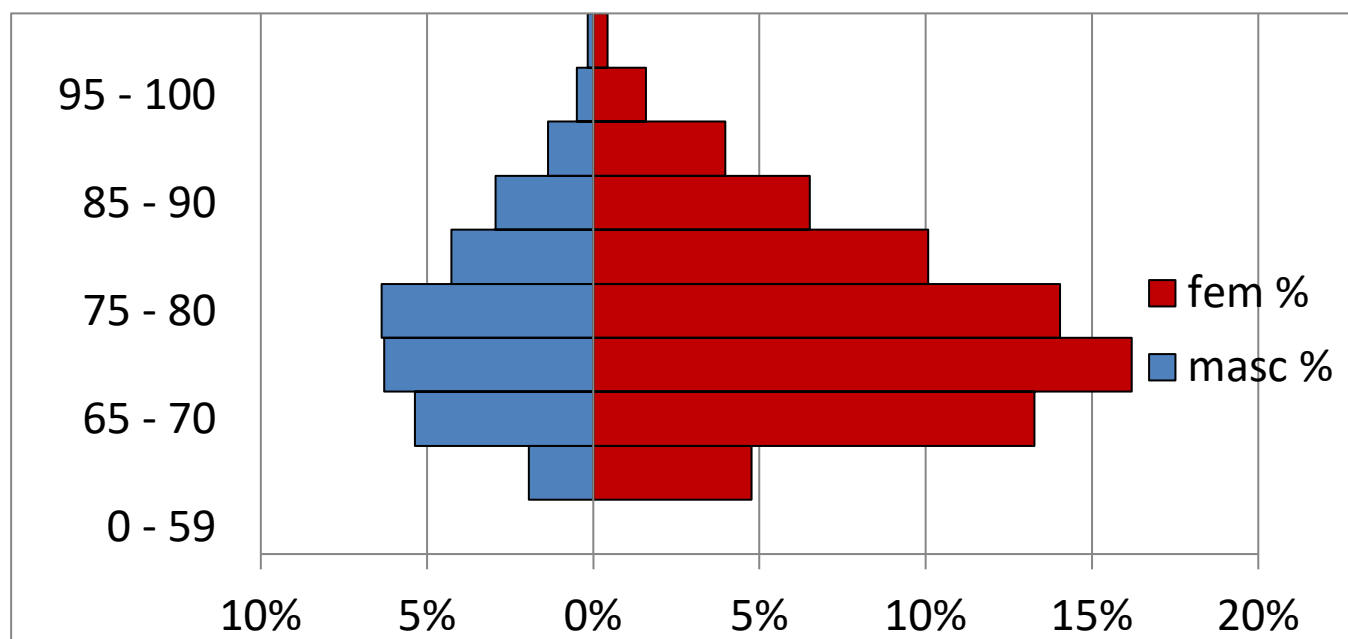
- 31 cédulas de salud aplicadas.
- Cuestionarios impresos.
- Instrumentos de escritura (plumas).
- Computadora personal para captura y análisis de datos.
- Programas de cálculo y hojas de cálculo para procesamiento estadístico y elaboración de gráficas (excel 2025).
- Guía metodológica para la elaboración del diagnóstico de salud **(6)**.
- Base de datos clínica interna de la unidad, como fuente secundaria de información demográfica y epidemiológica.

7.Resultados

Actualmente en febrero del año 2025 se encuentran inscritos 5022, pacientes en la clínica geriátrica, si actualizada al momento de la recolección de los datos; esta información fue obtenida directamente de la base de datos interna de la clínica, con autorización formal de coordinación médica, equipo de archivo quién es el encargado de realizar la base de datos y el encargado de estadística utilizada únicamente con fines estadísticos y académicos para el presente diagnóstico. En todo momento, la confidencialidad y la protección de los datos personales de los pacientes fueron estrictamente salvaguardadas conforme a los principios éticos y normativos aplicables.

Dado que la población atendida en la unidad está compuesta exclusivamente por personas adultas mayores, se optó por modificar la estructura tradicional de la pirámide poblacional. En lugar de representar todos los grupos etarios desde la infancia, se estableció como punto de partida el grupo de edad de 60 a 65 años, con intervalos de cinco años hasta llegar al grupo de 100 años y más. Esta modificación permitió una visualización más clara y pertinente de la distribución etaria real de los pacientes adscritos. **(Grafica 1)**

PIRAMIDE POBLACIONAL CLINICA GERIATRICA COYOACAN
(Grafica 1)

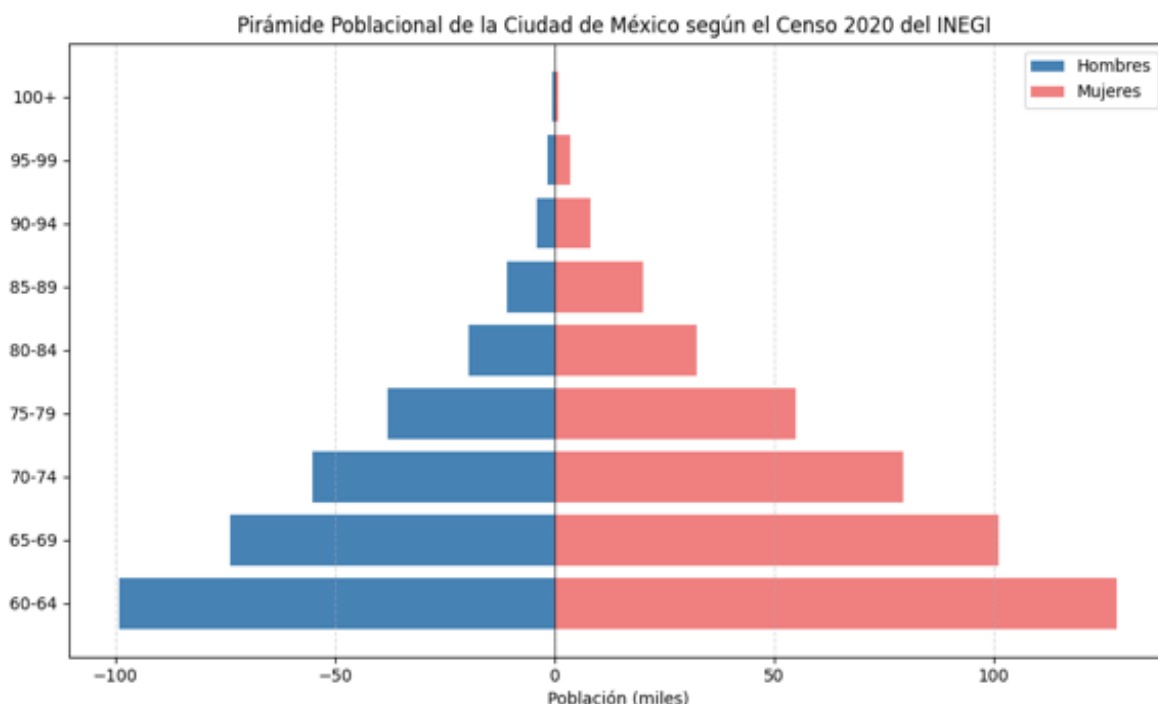


Información obtenida de la base de datos interna de la clínica geriátrica de Coyoacán. Febrero 2025

Al comparar la pirámide poblacional de personas adultas mayores (60 años y más) de la la Clínica Geriátrica Coyoacán **Grafica 1** con la pirámide de la Ciudad de México según el Censo 2020 del INEGI (**grafico 2**) ,se identifican similitudes estructurales clave que permiten contextualizar el perfil de la población atendida.

Ambas pirámides exhiben una forma de “colmena invertida”, característica de países en proceso de envejecimiento avanzado, con bases más amplias en los grupos de 60 a 69 años y una reducción paulatina conforme avanza la edad. Esta distribución refleja el fenómeno de transición demográfica en México donde las cohortes nacidas en los años 50s y 60s comienzan a envejecer en, desplazando la demanda de atención médica hacia este grupo etario a comparacion de años anteriores donde la atencion medica se debia de reforzar en edades pediatricas. Algo destacar en ambas gráficas, es la predominancia en la población femenina, sobre todo a partir de los 75 años, este fenómeno se conoce como feminización del envejecimiento y responde tanto a factores biológicos como sociales

(mayor esperanza de vida, mayor adherencia a programas de salud, mayor cultura, de prevención y menor exposición a riesgos).



Sin embargo, hay algunas diferencias importantes:

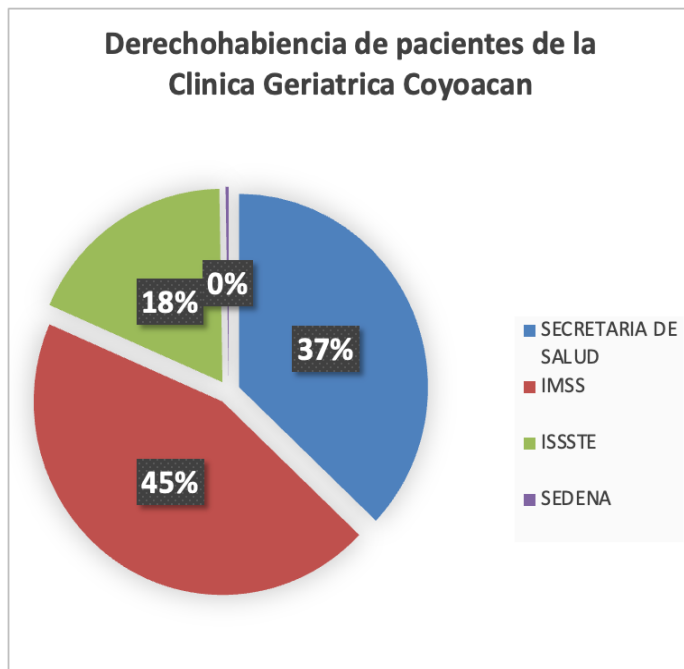
- En la pirámide de la Ciudad de México, la población está más concentrada en los grupos de 60 a 74 años, lo que refleja una etapa temprana del envejecimiento masivo en la capital.
- En contraste, la pirámide poblacional de la Clínica Geriátrica Coyoacán presenta una mayor proporción relativa de pacientes en grupos de edad avanzada (75 a 89 años). Esto podría deberse a que el modelo de atención implementado en la clínica atrae a personas con mayor dependencia funcional o con padecimientos crónicos complejos. Asimismo, la baja difusión que se realiza actualmente a la clínica podría ser un factor, ya que la mayoría de sus pacientes se encuentran inscritos desde su apertura, hace aproximadamente 10 años. En ese entonces, muchos de ellos tenían la edad mínima para ingresar (60 años), lo que podría explicar la alta prevalencia de pacientes en edades más avanzadas.
- También destaca en la pirámide de la clínica la presencia de pacientes centenarios, fenómeno que, aunque poco frecuente, no se visualiza tan claramente en los datos censales de la ciudad, posiblemente por su baja representación estadística.

Esta comparativa permite reconocer que, aunque la población de la clínica refleja tendencias generales de la ciudad, también presenta una concentración particular de pacientes en etapas más avanzadas del envejecimiento lo que justifica la implementación de un modelo de atención geriátrica especializada, centrada en la persona y con énfasis en la preservación de la funcionalidad.

Este análisis de la pirámide poblacional revela una estructura envejecida con predominio de mujeres y una proporción significativa de pacientes en edades avanzadas; Esto ayuda a entender las tendencias demográficas en México, evidenciando la necesidad de aumentar una atención médica enfocada en la geriatrician, con necesidad de fortalecer las estrategias de atención, centradas en la preservación de la funcionalidad, la preservación de la independencia funcional del paciente y el abordaje integral de enfermedades crónicas.

Grafica 3
Acceso a servicios de Salud de los usuarios por registro

DERECHOHABIENCIA	Nº	%
SECRETARIA DE SALUD	1399	37.11
IMSS	1675	44.43
ISSSTE	686	18.20
SEDENA	10	0.27
TOTAL	3770	100.00



Información obtenida de la base de datos interna de la clínica geriátrica de Coyoacán.

Derechohabiencia

Previo a la presentación de resultados de las cédulas es importante contextualizar las características del acceso a servicios médicos en los pacientes, particularmente en relación con el tipo de derechohabiencia y la cobertura del sistema de salud; pues a pesar de que la Clínica Geriátrica Coyoacán, es una unidad de primer nivel, perteneciente al modelo IMSS bienestar, en donde como en un centro de salud, debería de ser exclusiva para una población sin derechohabiencia; se observa que una proporción considerable de pacientes adscritos sí cuenta con algún tipo de derechohabiencia institucional.

La **Gráfica 3** muestra la distribución de derechohabiencia de 3770 de los 5022 pacientes actualmente inscritos para de quienes se contó con esta variable registrada en su expediente.

Esto sugiere que más allá de la cobertura formal de los pacientes, estos buscan atención en espacios que les resultan más accesibles, resolutivos o adaptados a sus necesidades. En este sentido, la Clínica Geriátrica podría estar funcionando como un punto de atención complementario, incluso para personas con acceso a otros sistemas de salud.

Tras contextualizar la población adscrita a la clínica geriátrica y analizar sus principales características demográficas y de atención se procedió a la aplicación de las cédulas diagnósticas correspondientes para la obtención de la información necesaria para la realización del diagnóstico de salud. Para este fin, se seleccionó una muestra de 31 pacientes. Si bien esta muestra no representa la totalidad de la población adscrita (5022), nos permitiría obtener un primer acercamiento a las condiciones de salud más prevalentes en el grupo estudiado.

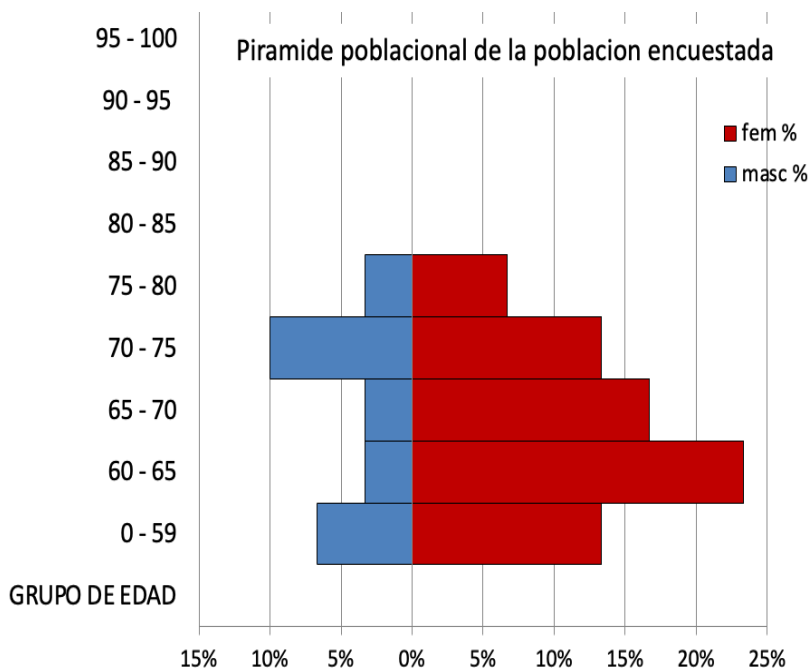
8. Datos Demográficos, acceso a la Salud, Vacunación y Salud Bucal.

8.1 Número de habitantes, por edad, identidad de género.

A continuación se presenta la pirámide poblacional correspondiente a los 31 pacientes encuestados para la realización del diagnóstico de salud (**Grafica 4**).

CUADRO Y GRAFICA No.4
Pirámide poblacional

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Nº	masc %	Nº	fem %	Nº	%
0 - 59	0	0.00	0	0.00	0	0.00
60 - 65	2	-6.67	4	13.33	6	20.00
65 - 70	1	-3.33	7	23.33	8	26.67
70 - 75	1	-3.33	5	16.67	6	20.00
75 - 80	3	-10.00	4	13.33	7	23.33
80 - 85	1	-3.33	2	6.67	3	10.00
85 - 90	0	0.00	0	0.00	0	0.00
90 - 95	0	0.00	0	0.00	0	0.00
95 - 100	0	0.00	0	0.00	0	0.00
100 Y MAS	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	8	-26.67	22	73.33	30	100.00



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica

Es importante señalar que esta pirámide se enfoca exclusivamente en la muestra encuestada a diferencia de la pirámide poblacional previamente presentada, la cual abarcaba a la totalidad de los pacientes inscritos en la clínica. Esta comparación permitirá observar las características de la muestra seleccionada.

En la pirámide poblacional específica de la muestra encuestada (n=30), el 73.3% corresponde a mujeres y solo el 26.7% a hombres, lo que refuerza el predominio femenino. La mayor concentración de pacientes se encuentra entre los grupos de edad de 65 a 80 años, con un pico particularmente notable entre los 65 y 70 años (26.67%), seguido de los grupos de 75 a 80 años (23.33%) y 60 a 65 años (20%). En contraste, no se reportaron pacientes mayores de 85 años en esta muestra, lo cual puede deberse a factores de accesibilidad, estado funcional o criterios de inclusión.

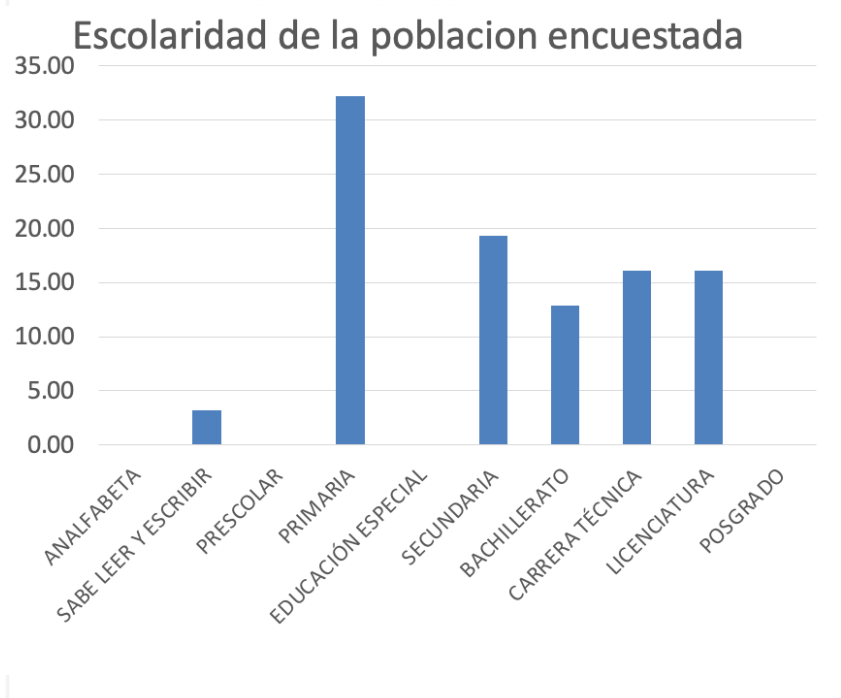
Cuando comparamos esta pirámide poblacional, observamos una tendencia similar del predominio del sexo femenino, prácticamente en todos los grupos de edad, que esta distribución refleja el fenómeno demográfico, ampliamente documentado sobre la mayor longevidad de las mujeres sobre

los hombres, pero también ponen evidencia el patrón de participación de diferencia entre hombres y mujeres en el acceso y continuación en los servicios de salud, en comparativa con la población masculina, en donde ya conocemos que se tiende a una menor adherencia al seguimiento en la salud, acudiendo con una menor frecuencia a las consultas médicas, preventivas o de control de enfermedades crónicas, lo que repercute asimismo a una menor representación en estos espacios.

8.2. Escolaridad de la población estudiada.

CUADRO Y GRAFICA No. 5
Escolaridad de la población encuestada

ESCOLARIDAD	N°	%
ANALFABETA	0	0.00
SABE LEER Y ESCRIBIR	1	3.23
PRESCOLAR	0	0.00
PRIMARIA	10	32.26
EDUCACIÓN ESPECIAL	0	0.00
SECUNDARIA	6	19.35
BACHILLERATO	4	12.90
CARRERA TÉCNICA	5	16.13
LICENCIATURA	5	16.13
POSGRADO	0	0.00
TOTAL	31	100.00



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica

La distribución de la escolaridad en la población encuestada refleja una realidad histórica y sociocultural que ha marcado el acceso desigual a la educación en generaciones previas. A diferencia de las generaciones más jóvenes, la población geriátrica creció en un contexto nacional en el que la cobertura educativa era limitada, especialmente en zonas rurales o marginadas y donde el rol de las mujeres dentro del hogar y el mercado laboral también condicionaba su posibilidad de acceso y permanencia en el sistema educativo formal.

En el análisis de esta muestra (n=31), se observa que el mayor porcentaje de la población (32.26%) alcanzó únicamente el nivel de primaria, seguido por secundaria (19.35%), y en menor proporción por bachillerato (12.90%), carrera técnica (16.13%) y licenciatura (16.13%). Resulta relevante que ningún encuestado refirió haber cursado estudios de posgrado y que solo una persona (3.23%) señaló saber leer y escribir sin haber cursado un grado formal. No se reportaron individuos en situación de analfabetismo.

Este patrón educativo contrasta marcadamente con el perfil de escolaridad de generaciones más jóvenes en México, donde los avances en políticas públicas y programas de cobertura han favorecido un aumento sostenido en los niveles de instrucción media superior y superior.

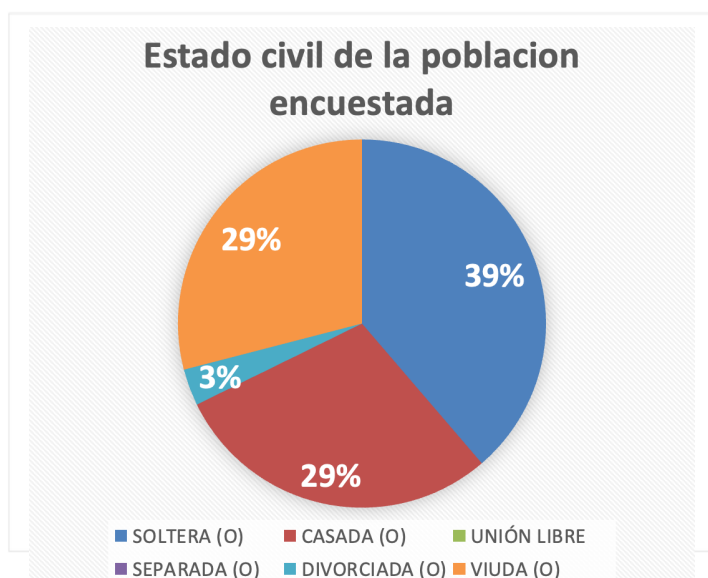
Probablemente si comparáramos estos resultados con una encuesta realizada a poblaciones más jóvenes podríamos dimensionar la brecha en términos de alfabetización funcional, competencias y

nivel educativo, estos hallazgos son especialmente relevantes en la clínica para el diseño de estrategias de comunicación en salud, educación para el autocuidado, adherencia terapéutica y participación en actividades comunitarias. La escolaridad de los pacientes condiciona no solo su nivel de comprensión sobre su estado de salud, sino también su capacidad de apropiarse de decisiones informadas respecto a su tratamiento.

8.3. Estado Civil de la población.

En el **Cuadro No 6** se observa la distribución del estado civil de la población encuestada este permite comprender aspectos relevantes de la dinámica social, familiar y afectiva que atraviesan los pacientes en la actualidad.

CUADRO Y GRAFICA No. 6 Estado civil de la población encuestada		
ESTADO CIVIL	Nº	%
SOLTERA (O)	12	38.71
CASADA (O)	9	29.03
UNIÓN LIBRE	0	0.00
SEPARADA (O)	0	0.00
DIVORCIADA (O)	1	3.23
VIUDA (O)	9	29.03
TOTAL	31	100.00



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica

Del total de personas encuestadas, el 38.71% se identificó como soltera(o), seguido de un 29.03% que se reportó como casada(o) y un porcentaje idéntico (29.03%) como viuda(o). En menor proporción, el 3.23% se reconoció como divorciada(o), mientras que no se registraron personas bajo las categorías de unión libre o separación.

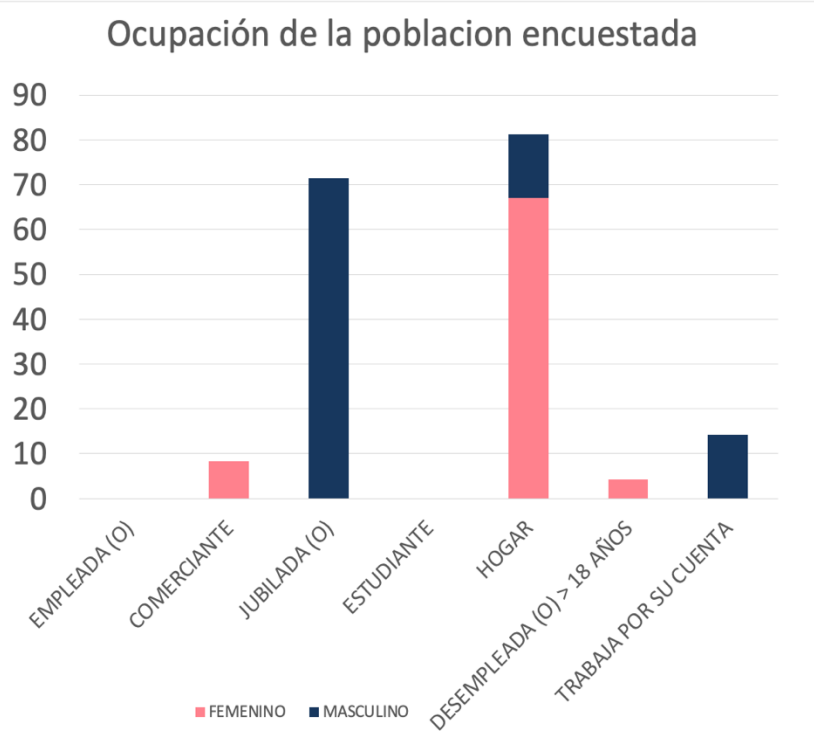
El alto porcentaje de personas viudas es coherente con las expectativas epidemiológicas, dado que en este grupo etario es común que uno de los cónyuges haya fallecido. Asimismo, la baja prevalencia de divorcios o separaciones puede explicarse por las normas sociales más rígidas que prevalecían en décadas anteriores, donde disolver legalmente una unión era menos frecuente e inclusive mal visto socialmente.

Sin embargo, durante la aplicación de las encuestas fue notorio que un número significativo de personas que se identificaron como solteras, en realidad habían cohabitado con una pareja en algún momento de su vida, pero sin haber formalizado la relación mediante el matrimonio. Tras la

separación o el fallecimiento de la pareja muchas de estas personas no se consideraban a sí mismas como “divorciadas” ni “separadas”, lo cual representa una limitación del instrumento al no capturar adecuadamente las diversas formas de convivencia afectiva que se han presentado a lo largo de su vida.

8.4. Ocupación de la Población.

CUADRO Y GRAFICA No. 7 Ocupación de las personas encuestadas						
OCUPACIÓN	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EMPLEADA (O)		0		0	0	0
COMERCIANTE		0	2	8.3	2	6.5
JUBILADA (O)	5	71.4	0	0	5	16.1
ESTUDIANTE		0		0	0	0
HOGAR	1	14.3	21	67	22	71.0
DESEMPLEADA (O) > 18 AÑOS		0	1	4.2	1	3.2
TRABAJA POR SU CUENTA	1	14.3		0	1	3.2
TOTAL	7	22.6	24	77.4	31	100



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

En el cuadro No. 7 se muestra la distribución de la ocupación de los pacientes geriátricos encuestados. Al tratarse de una población predominantemente mayor de 60 añoses esperado que una proporción importante no se encuentre en actividad laboral formal. Como puede observarse, la categoría más representativa es la de “hogar” correspondiente al 71% del total, integrada principalmente por mujeres (21 de 24 encuestadas), lo que refleja un patrón tradicional de roles de género donde muchas mujeres mayores se dedicaron históricamente al trabajo doméstico no remunerado, en comparacion con los hombres quienes la mayoría se identifican como jubilados (5 de 7 hombres) representando el 71.4% de ellos. Esta diferencia sugiere que los hombres en esta cohorte tuvieron mayores oportunidades de inserción laboral formal y por tanto acceso a esquemas de jubilación, mientras que muchas mujeres, al no incorporarse al mercado laboral formal, no cuentan con este beneficio.

Es importante señalar que no se reportan personas empleadas ni estudiantes en la muestra encuestada lo cual es congruente con las características etarias de la población. Por otro lado, el grupo que aún se dedica al comercio o que trabaja por su cuenta representa una minoría (6.5% y 3.2% respectivamente) lo cual también evidencia que algunos adultos mayores aún mantienen una actividad económica, ya sea por necesidad o por elección.

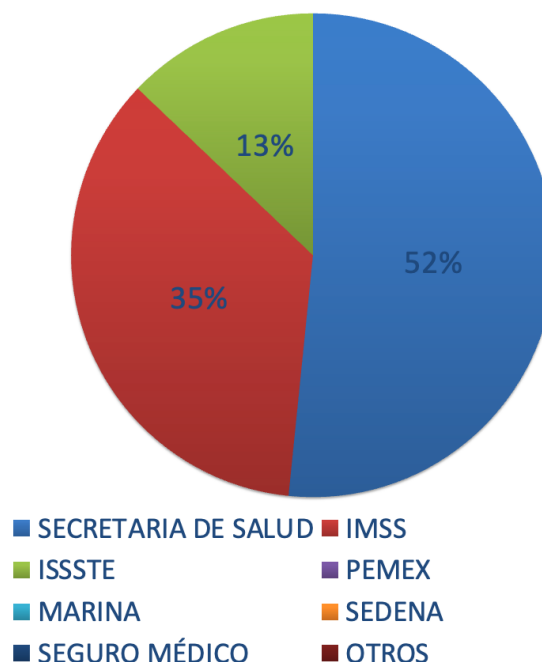
Este análisis permite visibilizar las desigualdades de género en el acceso al empleo formal y la jubilación, así como las dinámicas de envejecimiento activo o dependencia económica en esta población.

8.5. Acceso a servicios de salud.

CUADRO Y GRAFICA No. 8
Acceso a servicios de Salud de la población
encuestada

DERECHOHABIENCIA	Nº	%
SECRETARIA DE SALUD	16	51.61
IMSS	11	35.48
ISSSTE	4	12.90
PEMEX	0	0.00
MARINA	0	0.00
SEDENA	0	0.00
SEGURO MÉDICO	0	0.00
OTROS	0	0.00
TOTAL	31	100.00

Acceso a servicios de salud de la población encuestada



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica

En el **cuadro No. 8** se observa la distribución del acceso a servicios de salud entre los 31 pacientes encuestados. La mayoría refiere estar afiliada a la Secretaría de Salud (51.61%), seguida del IMSS (35.48%) y el ISSSTE (12.90%). En contraste, al revisar los datos generales de la clínica (Gráfica 3), se aprecia que, del total de 3,770 pacientes registrados, la mayoría pertenece al IMSS (44.43%), seguido por la Secretaría de Salud (37.11%) e ISSSTE (18.20%).

Éstos datos nos ayudan a evidenciar que, aunque la mayoría de la población de la Clínica está afiliada al IMSS, son usuarios de la Secretaría de salud, esto nos ayuda a reflexionar sobre las razones de las cuales que aún contando con su inscripción en alguna de las instituciones como IMSS o ISSSTE deciden acudir a la clínica

geriátrica una interpretación podría ser el modelo de atención específico diseñado para estos pacientes que aplica la Clínica, lo que representaría una ventaja significativa respecto a las unidades de medicina familiar tradicionales, donde el enfoque suele ser general y no diferenciado por un grupo etario, como lo es en la clínica geriátrica reforzando con esto la importancia de contar con servicios centrados en el paciente geriátrico, ya que permite una atención más integral, empática y adaptada a las necesidades funcionales y sociales propias del envejecimiento.

Por tanto, el hecho de que usuarios con diferentes formas de afiliación institucional decidan asistir a esta unidad puede leerse no como una carencia de su sistema de origen, sino como una elección

consciente y motivada por la calidad, especialización y calidez del modelo de atención geriátrica que ofrece la clínica.

9. Vacunación.

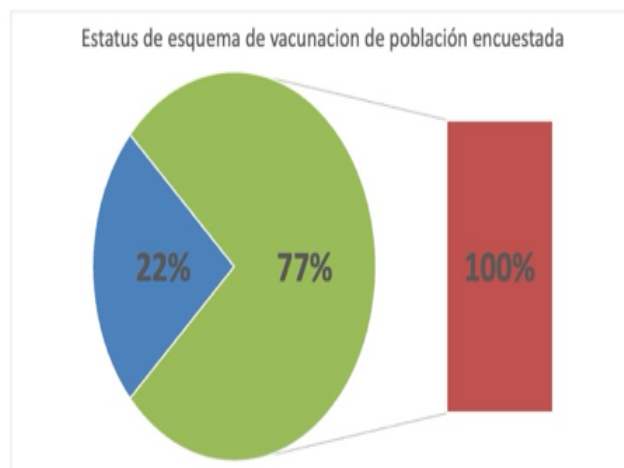
9.5. Vacunación en el grupo de 60 y más años.

CUADRO No. 9
Cobertura de Vacunación

ESQUEMA	NO.	%
COMPLETO	7	22.58
INCOMPLETO	24	77.42
TOTAL	31	100.00

CUADRO No. 10
Cobertura de Vacunación

CUENTA CON CARTILLA NACIONAL DE SALUD	NO.	%
SI	31	100.00
NO	0	0.00
TOTAL	31	100.00



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

En el **cuadro No. 9** se muestra la cobertura de vacunación de los pacientes encuestados, donde se observa que solamente el 22.58% (7 de 31) cuenta con un esquema completo de vacunación, mientras que el 77.42% (24 de 31) presenta un esquema incompleto, lo cual representa un área de oportunidad significativa en términos de prevención primaria.

Por otra parte, el cuadro No. 10 evidencia un logro notable en términos administrativos y de sensibilización: el 100% de los pacientes encuestados cuenta con su Cartilla Nacional de Salud vigente, lo que puede atribuirse directamente a una de las estrategias institucionales más efectivas de la unidad al solicitar y revisar la cartilla como requisito previo a cada consulta en la clínica. Esta acción ha permitido un control más estricto sobre la vigilancia del estado de vacunas de los pacientes y representa una buena práctica en el abordaje integral del adulto mayor ; Actualmente, el esquema de vacunación del adulto mayor en México, según lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012¹⁵, incluye la aplicación de vacunas contra tétanos, difteria, neumococo e influenza estacional. Sin embargo, dicha norma fue publicada antes de la pandemia por COVID-19 y, por lo tanto, no contempla la inclusión de esta vacuna en su texto original. No obstante, para fines estadísticos y de valoración integral, se consideró como parte del esquema completo el que el paciente hubiera recibido al menos una dosis de refuerzo contra COVID-19 en los 12 meses previos a la encuesta. Cabe destacar que, al excluir la vacuna contra COVID-19 del criterio de esquema completo, se habrían sumado cuatro pacientes más con esquemas completos, incrementando el porcentaje hasta un 41%.

Este hallazgo pone de manifiesto la necesidad de actualizar la NOM-036 o de emitir lineamientos complementarios que formalicen la inclusión de la vacunación contra COVID-19 en el esquema del adulto mayor, dada su importancia epidemiológica y su impacto en la morbilidad y mortalidad de este grupo etario. Asimismo, refuerza la relevancia de mantener e intensificar acciones institucionales que

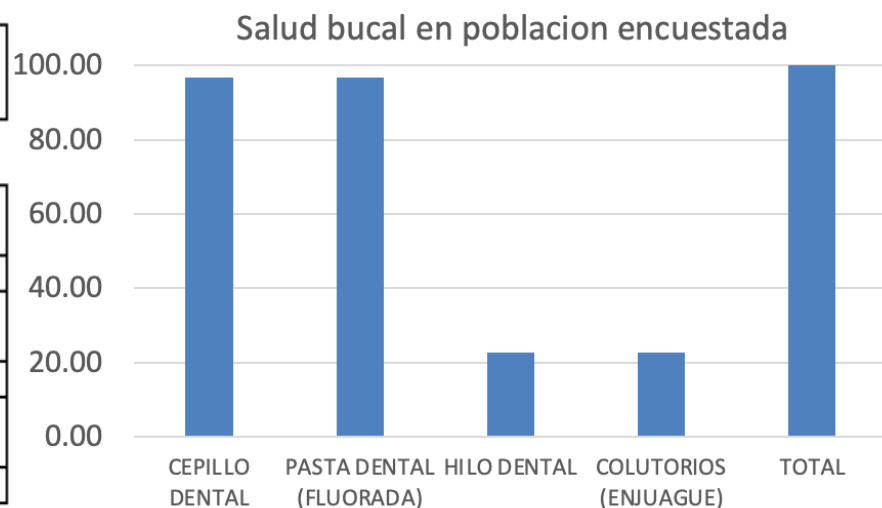
garanticen la revisión periódica de cartillas y la actualización oportuna de esquemas vacunales, como parte fundamental de una atención geriátrica integral.

10. Salud Bucal.

10.1. Higiene bucal.

Cuadro no. 11
Salud bucal de la población encuestada

ÚLTIMA CONSULTA DENTAL	No.	%
CEPILLO DENTAL	30	96.77
PASTA DENTAL (FLUORADA)	30	96.77
HILO DENTAL	7	22.58
COLUTORIOS (ENJUAGUE)	7	22.58
TOTAL	31	100.00



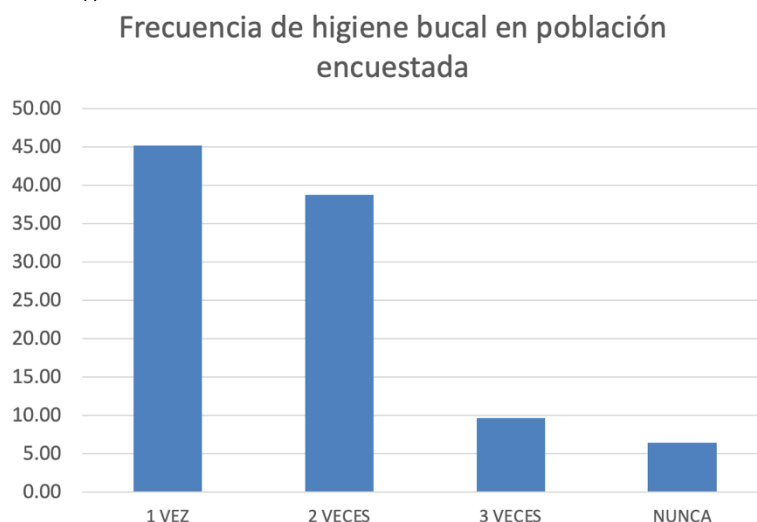
Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica

Pacientes encuestados utiliza cepillo dental y pasta fluorada lo cual indica una buena practica de hábitos básicos de higiene bucal. Sin embargo, el uso de métodos complementarios como hilo dental o colutorios está limitado a solo el 22.58% de los encuestados.

10.2. Número de veces que realiza la higiene bucal.

Cuadro no. 12
Higiene bucal de la población encuestada

CEPILLADO DE DIENTES	No.	%
1 VEZ	14	45.16
2 VECES	12	38.71
3 VECES	3	9.68
NUNCA	2	6.45
TOTAL	31	100.00



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica

En cuanto a la frecuencia de cepillado, el 45.16% de los adultos mayores se cepilla una vez al día, seguido por el 38.71% que lo hace dos veces y un 9.68% que lo realiza tres veces. Solo el 6.45% refiere nunca hacerlo. Estos datos sugieren que si bien la gran mayoría de los pacientes mantiene una rutina de higiene bucal diaria, todavía existe un margen de mejora en cuanto a la frecuencia recomendada

(mínimo dos veces al día). Esto es particularmente relevante en geriatría, donde una higiene oral adecuada previene infecciones, dolor, pérdida de piezas dentales y hasta complicaciones sistémicas.

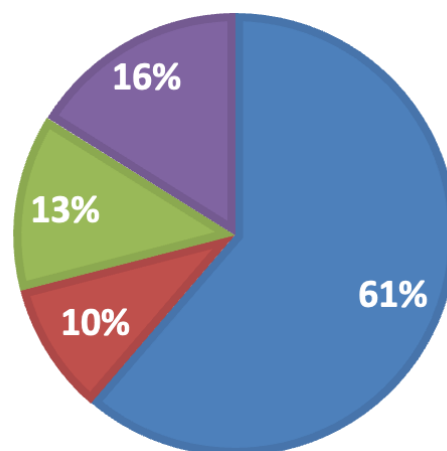
10.3. última consulta dental.

CUADRO No. 13
Ultima consulta dental

ULTIMA CONSULTA DENTAL	No.	%
≤3 MESES	19	61.29
3 - 8 MESES	3	9.68
≥1 AÑO	4	12.90
NUNCA	5	5.00
TOTAL	31	100.00

ULTIMA COINSULTA DENTAL DE LA POBLACION ENCUESTADA

■ ≤3 MESES ■ 3 - 8 MESES ■ ≥1 AÑO ■ NUNCA



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica

Respecto al acceso a consulta dental, (**cuadro No. 13**) el 61.29% refiere haber acudido a revisión en los últimos tres meses, lo que representa una cifra bastante favorable. Sin embargo, el 25.8% ha tardado más de 8 meses o incluso más de un año en acudir, y el 5% menciona nunca haber asistido a consulta dental. Este hallazgo sugiere que, aunque una mayoría tiene acceso y seguimiento oportuno, aún hay un grupo que podría beneficiarse de estrategias más activas de detección oportuna y seguimiento dental.

El análisis conjunto de los cuadros de salud bucal (**cuadro 11, 12 y 13**) revela que los adultos mayores encuestados muestran en general una buena adopción de prácticas de higiene bucal, con un alto uso de cepillo dental y pasta fluorada, así como una frecuencia de cepillado adecuada en la mayoría. La presencia de un estomatólogo dentro de la Clínica Geriátrica facilita el acceso a atención especializada y oportuna, lo cual se refleja en el hecho de que más del 60% de los pacientes tuvo una revisión dental reciente (≤3 meses). Este modelo de atención integral representa un punto fuerte de la clínica, ya que permite no solo tratar patologías bucales existentes, sino también promover activamente el autocuidado y la prevención entre la población geriátrica.

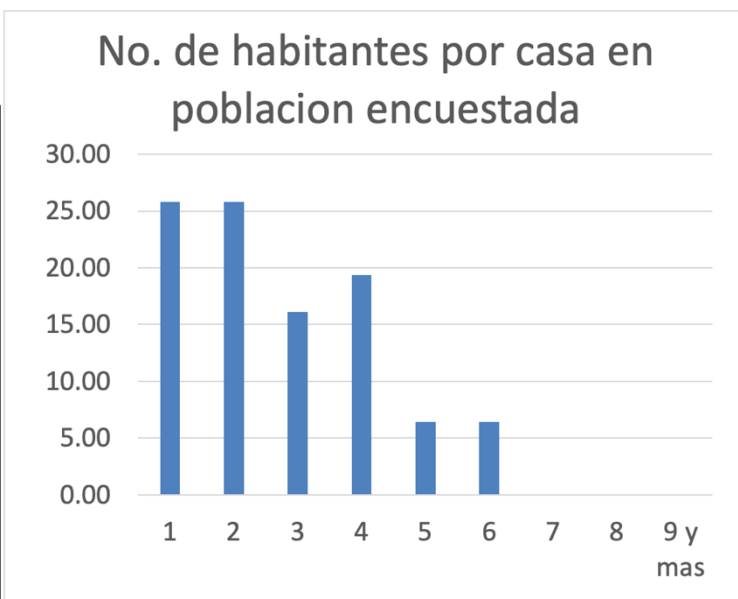
No obstante, persisten áreas de oportunidad en cuanto al uso de técnicas complementarias de higiene como el hilo dental y los enjuagues, así como en aumentar la frecuencia de cepillado en algunos pacientes y promover revisiones dentales periódicas para los que aún no acceden con regularidad. Integrar educación bucal continua en las consultas y fomentar los servicios preventivos que ya se ofrecen en la clínica puede reforzar aún más el estado de salud bucal en esta población.

11. Características de la vivienda.

11.1. Personas que habitan la vivienda.

Como parte del diagnóstico de salud integral resulta relevante conocer las condiciones de vivienda de los adultos mayores ya que el entender el entorno físico y social, donde habitan influye sobre el bienestar, funcionalidad y la calidad de vida de nuestros pacientes. En este sentido, el número de personas que conviven en el mismo hogar, también puede tener implicaciones en términos de apoyo o riesgos de hacinamiento.

CUADRO No. 14 No. de habitantes por casa		
Nº HABITANTES	Nº DE CASAS	%
1	8	25.81
2	8	25.81
3	5	16.13
4	6	19.35
5	2	6.45
6	2	6.45
7	0	0.00
8	0	0.00
9 y mas	0	0.00
TOTAL	31	100.00



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica

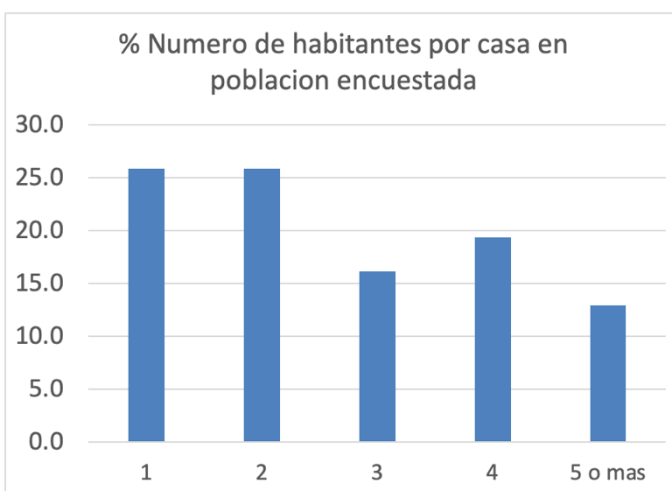
En el **Cuadro No. 15**, se observa que el 51.62% de los encuestados vive en hogares con una o dos personas, es decir, solos o con un acompañante, lo cual puede interpretarse como una situación de relativa independencia, aunque también podría implicar riesgo de aislamiento social, depresión o escaso soporte familiar. Por otro lado, el 48.38% vive en casas con tres o más personas, siendo los hogares de cuatro integrantes los más frecuentes dentro de este grupo (19.35%).

No se reporta viviendas con más de seis personas, lo que nos ayuda a demostrar que aparentemente no existen condiciones de hacinamiento severo, sin embargo, nos ayuda a inferir que la mayoría de los adultos mayores viven en entornos familiares pequeños, favoreciendo la atención centrada en el paciente, siempre que exista una red de apoyo; a su vez estos datos son útiles para interpretar con mayor profundidad, los recursos disponibles en casas para autocuidado y acompañamiento de consultas o tratamientos.

11.2. Habitaciones que usan para dormir.

CUADRO No. 15
Numero de habitaciones por casa

Nº HABITACIONES	Nº casas	%
1	8	25.8
2	8	25.8
3	5	16.1
4	6	19.4
5 o mas	4	12.9
TOTAL	31	100.0



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica

La distribución del número de habitaciones en los hogares de los adultos mayores encuestados muestra que el 51.6% vive en viviendas pequeñas, con una o dos habitaciones. Esta proporción puede sugerir cierto grado de limitación espacial especialmente si se considera que en varias de estas casas habitan más de dos personas (como se mostró en el análisis previo del número de habitantes) Y que en su mayoría, estas viviendas son departamentos por la tendencias de viviendas que se vive en la ciudad de México.

El 48.4% restante vive en viviendas con tres o más habitaciones, siendo el 12.9% quienes reportan tener cinco habitaciones o más, lo cual podría estar relacionado con una mayor disponibilidad de espacio, probablemente vinculada a mejores condiciones económicas o a viviendas antiguas y amplias donde ahora solo habita una fracción de la familia original.

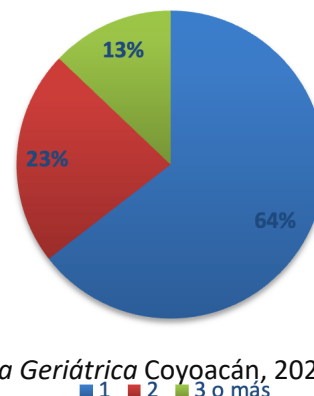
Esta información nos ayuda para valorar el entorno doméstico en el que se desenvuelven los adultos mayores ya que una menor cantidad de habitaciones puede dificultar la privacidad, el descanso adecuado o el cuidado en caso de enfermedad. Asimismo, puede influir en la dinámica de convivencia con familiares o cuidadores, afectando la funcionalidad y la calidad de vida del paciente geriátrico.

11.3. Ventanas por habitación.

CUADRO No. 16
Numero de ventanas por habitación

Nº VENTANAS EN HAB.	Nº ventanas en casa	%
1	20	64.5
2	7	22.6
3 o más	4	12.9
TOTAL	31	100

Numero de ventanas por habitacion en poblacion encuestada



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

■ 1 ■ 2 ■ 3 o más

El **Cuadro No. 16** muestra que la mayoría de los hogares encuestados 64.5% cuenta con solo una ventana por habitación, mientras que el 22.6% tiene dos y apenas un 12.9% dispone de tres o más. Esta limitada ventilación e iluminación natural puede parecer un dato secundario, pero en realidad tiene implicaciones profundas en la salud integral de los adultos mayores.

El entorno físico influye directamente en el estado de salud, especialmente en personas con pluripatología y con riesgo o presencia de enfermedades crónicas incapacitantes, como hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, osteoartritis o insuficiencia cardíaca. Un espacio poco ventilado y con escasa luz natural puede facilitar infecciones respiratorias, trastornos del sueño y afectar el estado emocional del paciente, aumentando el riesgo de depresión y aislamiento.

El aislamiento social se ha identificado como un factor de riesgo independiente para el deterioro cognitivo y la aparición de demencia, especialmente en personas con comorbilidades o enfermedades terminales. Cuando se suma un entorno cerrado, con poca estimulación sensorial se favorecen estas condiciones de desorientación temporal, mayor inactividad física y alteraciones en los ciclos circadianos, todos ellos factores que pueden contribuir al deterioro cognitivo progresivo.

Por tanto, si bien el número de ventanas puede parecer un aspecto arquitectónico menor, en la población geriátrica cobra gran relevancia y debe considerarse dentro del abordaje integral del paciente, particularmente cuando coexisten enfermedades crónicas, dependencia funcional o factores de riesgo psicosocial.

11.4 Índice de hacinamiento

**Cuadro No.18 Diagrama del
Índice de hacinamiento por vivienda**

<i>Habitaciones (Dormitorios)</i>	<i>NO. DE HABITANTES POR VIVIENDA</i>																	
	<i>1</i>	<i>Viv.</i>	<i>2</i>	<i>Viv.</i>	<i>3</i>	<i>Viv.</i>	<i>4</i>	<i>Viv.</i>	<i>5</i>	<i>Viv.</i>	<i>6</i>	<i>Viv.</i>	<i>7</i>	<i>Viv.</i>	<i>8</i>	<i>Viv.</i>	<i>>9</i>	<i>Viv.</i>
1	1.00		2.00		3.00	1	4.00		5.00		6.00		7.00		8.00		9.00	
2	0.50	6	1.00	2	1.50		2.00		2.50		3.00		3.50		4.00		4.50	
3	0.33	3	0.67	4	1.00	3	1.33	2	1.67		2.00	2	2.33		2.67		3.00	
4	0.25		0.50		0.75		1.00	4	1.25	1	1.50		1.75		2.00		2.25	
5	0.20		0.40		0.60		0.80		1.00	1	1.20		1.40		1.60		1.80	
6	0.17		0.33		0.50		0.67		0.83		1.00		1.17		1.33		1.50	
7	0.14		0.29		0.43		0.57		0.71		0.86		1.00		1.14		1.29	
8	0.13		0.25	1	0.38	1	0.50		0.63		0.75		0.88		1.00		1.13	
9 y mas	0.11		0.22		0.33		0.44		0.56		0.67		0.78		0.89		1.00	
Total		9		7		5		6		2		2		0		0		0

Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica

El hacinamiento es un indicador clave para evaluar las condiciones de habitabilidad y bienestar dentro del entorno doméstico. Se define habitualmente como el número de personas por habitación en una vivienda, considerándose una situación de hacinamiento cuando hay más de 2.5 habitantes por dormitorio.

Cuadro 18.1 Porcentaje de hacinamiento		
CARACTERÍSTICA	TOTAL	%
TOTAL DE VIVIENDAS	31	
NO. VIVIENDAS SIN HACINAMIENTO	30	96.774
NO. DE VIVIENDAS CON HACINAMIENTO	1	3.2258



Este indicador cobra especial importancia en el contexto geriátrico ya que un entorno sobreocupado puede interferir con la funcionalidad, la privacidad, el descanso y la salud emocional del adulto mayor. En el Cuadro No. 18, se presenta el diagrama del índice de hacinamiento cruzando el número de habitantes por vivienda con el número de habitaciones disponibles. En este análisis, se identifica que la gran mayoría de los hogares se ubican en zonas verdes, es decir, dentro de un rango aceptable de ocupación por dormitorio. Solo una vivienda cae en el rango de hacinamiento, ubicada en la celda con coloración roja. Esto se corrobora en el Cuadro 18.1, donde se muestra que de las 31 viviendas encuestadas, 30 no presentan hacinamiento (96.77%), mientras que únicamente una vivienda (3.2%) sí lo presenta.

Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

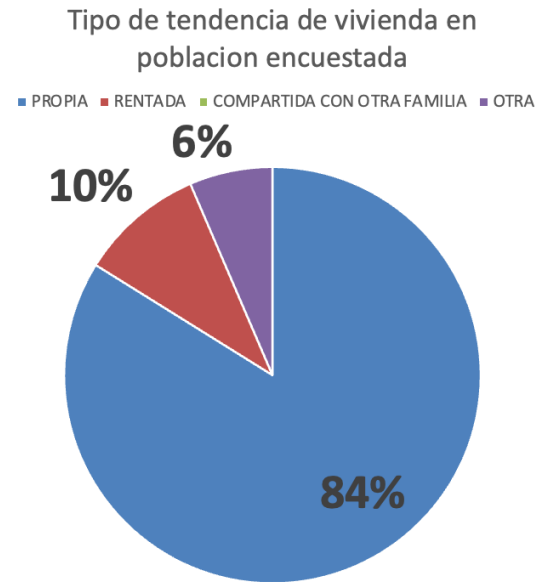
Aunque el porcentaje de hacinamiento es bajo, este dato no debe de ignorarse, ya que incluso un solo caso puede representar una condición de alta vulnerabilidad, especialmente si se trata de un paciente con dependencia, enfermedad crónica o sin red de apoyo. El hacinamiento en adultos mayores puede dificultar la movilidad segura dentro del hogar, limitar el acceso al autocuidado, interferir con la higiene personal y fomentar la sobrecarga en cuidadores si los espacios no permiten una asistencia adecuada.

Además, el hacinamiento se asocia frecuentemente con factores de riesgo como mayor exposición a infecciones respiratorias, estrés crónico, y en casos prolongados, incluso deterioro cognitivo, sobre todo

cuando se suma a otros elementos como mala ventilación, iluminación deficiente y escaso acceso a espacios privados. En pacientes con pluripatología, este tipo de entornos puede acelerar la aparición de síndromes geriátricos, incluyendo fragilidad, caídas o estados confusionales.

11.5. Tenencia de la vivienda.

CUADRO No. 18 Tipo de tenencia de la vivienda en la población encuestada		
TIPO DE TENENCIA DE LA VIVIENDA	FAMILIAS	
	Nº	%
PROPIA	26	83.87
RENTADA	3	9.68
COMPARTIDA CON OTRA FAMILIA		0.00
OTRA	2	6.45
TOTAL	31	100.00



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

El 83.87% de los adultos mayores encuestados refiere vivir en vivienda propia mientras que el 9.68% habita en viviendas rentadas y el 6.45% no se identifica con ninguna de estas tendencias. Este hallazgo resulta especialmente relevante cuando se contrasta con el contexto habitacional actual de la ciudad de México, donde el acceso a una vivienda propia se ha vuelto cada vez más complejo especialmente para la población joven, debido a factores como el aumento del valor del suelo, la dificultad de acceso al empleo, la informalidad laboral, actualmente la gentrificación o impedimentos para acceso a créditos hipotecarios.

En este sentido que más del 80% de la población encuestada cuente con vivienda propia es un dato que contrasta significativamente con las generaciones actuales, en las que una proporción creciente depende del arrendamiento o de la cohabitación prolongada con familiares o amigos.

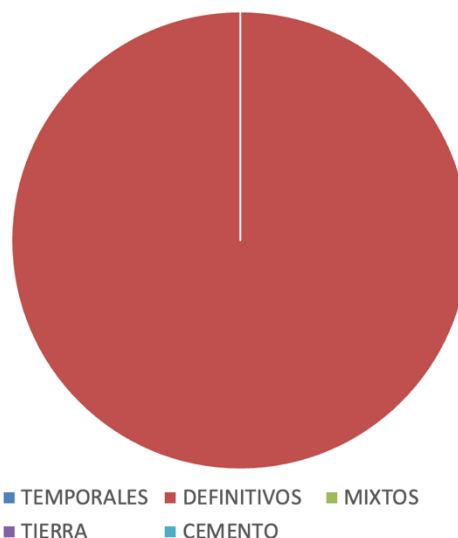
Lo interesante de este hallazgo es que a pesar de que la población encuestada presenta una condición socioeconómica baja una amplia mayoría mantiene la seguridad de un patrimonio habitacional propio. Representando un factor protector frente al empobrecimiento en la vejez, ya que reduce gastos fijos, brinda estabilidad y favorece la permanencia en su comunidad..

11.6. Materiales de construcción.

CUADRO No. 19
Tipo de material de Construcción de la vivienda

TIPO DE MATERIAL	Nº	%
TEMPORALES	0	0.00
DEFINITIVOS	31	100.00
MIXTOS	0	0.00
TIERRA	0	0.00
CEMENTO	0	0.00
TOTAL	31	100.00

Tipo de material de Construcción de la vivienda en poblacion encuestada



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica

De acuerdo con el **Cuadro No. 19**, el 100% de las viviendas habitadas por la población encuestada están construidas con materiales definitivos sin que se reporten viviendas con materiales temporales, mixtos, de tierra o cemento sin estructura formal.

Este resultado es coherente con el contexto urbano en el que se encuentra la Ciudad de México, una entidad federativa que en comparación con otras regiones del país, presenta bajos niveles de marginación y pobreza extrema. Esta característica, aunque básica, forma parte de los determinantes sociales que permiten una vejez con mayor dignidad, autonomía y seguridad. Aunque este indicador por sí solo no refleja la calidad integral de la vivienda, si nos permite darnos cuenta que al menos en términos de vivienda, la población encuestada no se encuentra en condiciones de precariedad habitacional severa.

11.7. Disposición de agua.

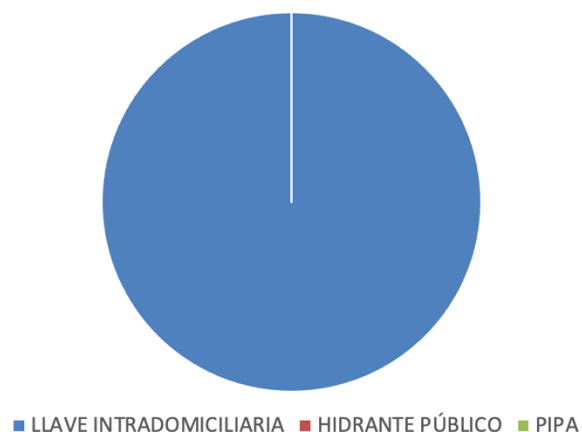
El 100% de los hogares incluidos en la muestra refiere contar con llave intradomiciliaria como forma de acceso al agua sin que se registren viviendas que dependan de hidrantes públicos, pipas u otras fuentes externas. Este resultado refleja una condición positiva de infraestructura básica, acorde con el hecho de que la población encuestada reside en la Ciudad de México.

La disponibilidad de agua dentro del domicilio es especialmente relevante en la atención geriátrica ya que ayuda el autocuidado, la higiene personal, el manejo adecuado de medicamentos y la preparación de alimentos, lo que ayuda a la población al cuidado y prevención de la salud en personas mayores. Ayudando así a la disminución de riesgos asociados a caídas o esfuerzos físicos innecesarios, que podrían presentarse si el acceso al agua fuera externo o limitado.

Aunque este indicador no evalúa la continuidad o calidad del agua, sí confirma que todas las viviendas cuentan con infraestructura mínima indispensable para su acceso.

CUADRO No. 20 Disposición de agua		
FORMA DE DISPOSICIÓN	Nº	%
LLAVE INTRADOMICILIARIA	31	100.00
HIDRANTE PÚBLICO	0	0.00
PIPA	0	0.00
TOTAL	31	100.00

Disposición de agua en población encuestada

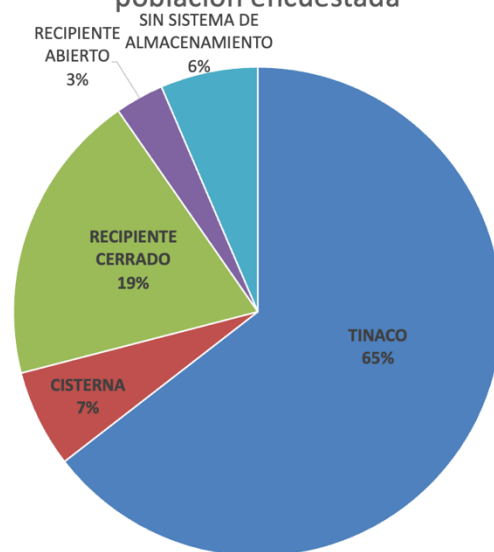


Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica

11.7.1. Almacenamiento.

CUADRO No. 21 Tipo de recipiente de almacenamiento del agua		
CONDICIONES DE LOS RECIPIENTES DE ALMACENAMIENTO	Nº	%
TINACO	20	64.5
CISTERNA	2	6.5
RECIPIENTE CERRADO	6	19.4
RECIPIENTE ABIERTO	1	3.2
SIN SISTEMA DE ALMACENAMIENTO	2	6.5
TOTAL	31	100.00

Tipo de almacenamiento de agua en población encuestada

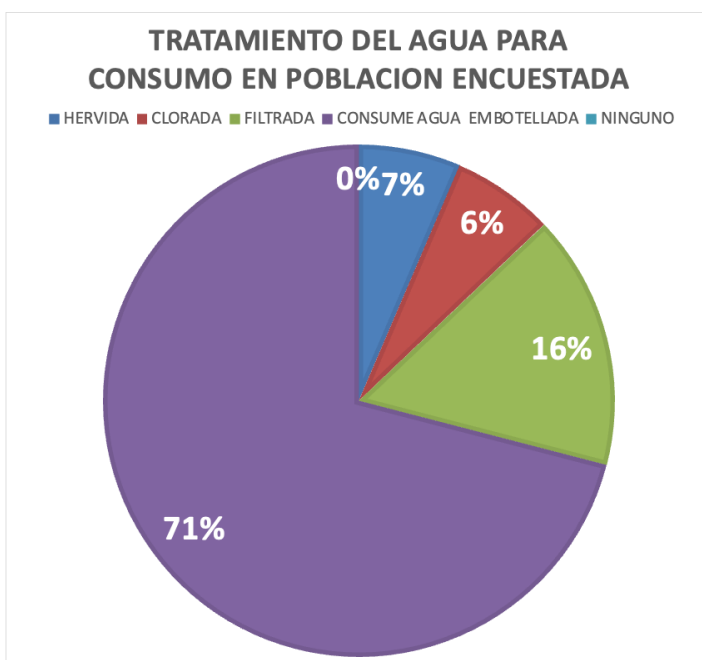


Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

Si bien la mayoría de las viviendas cuenta con formas funcionales y seguras de almacenamiento el 10% de los hogares aún presenta condiciones subóptimas que deben considerarse dentro del abordaje integral, especialmente al planificar intervenciones comunitarias, visitas domiciliarias o educación sanitaria personalizada.

11.7.2. Tratamiento del agua para consumo.

CUADRO No. 22 Tratamiento del agua para consumo		
TRATAMIENTO	Nº	%
HERVIDA	2	6.45
CLORADA	2	6.45
FILTRADA	5	16.13
CONSUME AGUA EMBOTELLADA	22	71.0
NINGUNO	0	0.00
TOTAL	31	100.00



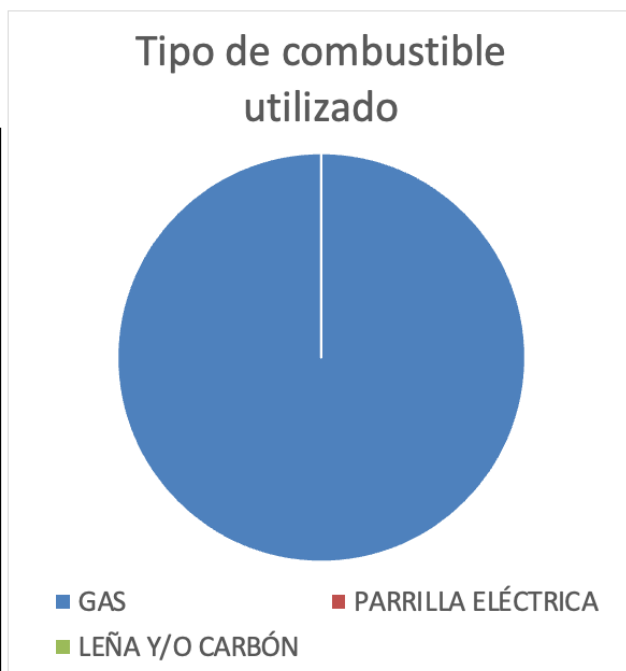
Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

El **Cuadro No. 22** muestra que el 100% de los adultos mayores encuestados utiliza algún tipo de tratamiento para el agua destinada al consumo humano, lo cual representa un hallazgo muy positivo desde el punto de vista sanitario. La gran mayoría el 71% refiere consumir agua embotellada, mientras que el 16.13% la filtra y el resto aplica métodos tradicionales como hervirla (6.45%) o clorarla (6.45%).

Estos datos nos brindan la información de que en su mayoría un nivel alto de la población procura sus condiciones higiénicas especialmente relevante en una población geriátrica, donde el riesgo de infecciones gastrointestinales puede ser mayor y las complicaciones clínicas más graves. Además, el hecho de que ninguno de los encuestados consuma agua sin tratar reduce significativamente los riesgos asociados a enfermedades transmisibles por agua contaminada, como diarreas, parasitosis o infecciones urinarias en pacientes con comorbilidades.

11.8. combustibles utilizados.

CUADRO No. 23 Tipo de combustible utilizado		
TIPO DE COMBUSTIBLE	Nº	%
GAS	31	100.00
PARRILLA ELÉCTRICA	0	0.00
LEÑA Y/O CARBÓN	0	0.00
TOTAL	31	100.00



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

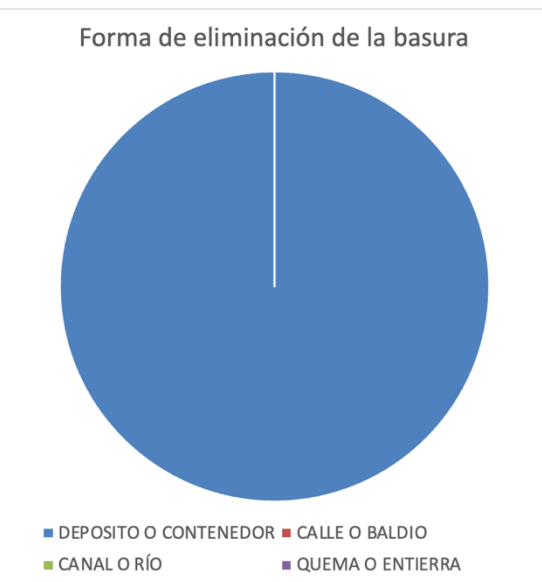
El **Cuadro No. 23** muestra que el 100% de los hogares encuestados utiliza gas como fuente de combustible para cocinar, sin que se reporten casos de uso de leña, carbón o parrillas eléctricas. Reflejando una condición urbana adecuada, en línea con el contexto de la Ciudad de México, donde el acceso a gas doméstico es común y representa una opción eficiente, limpia y accesible. Desde el punto de vista de la salud pública el uso exclusivo de gas como combustible es un factor positivo especialmente en adultos mayores, ya que evita la exposición a humo de biomasa (leña o carbón), el cual está asociado a enfermedades respiratorias crónicas como EPOC, infecciones respiratorias recurrentes y varios tipos de forma de cáncer de pulmón. Además, reduce riesgos de accidentes por manejo de fuego abierto o inhalación de monóxido de carbono.

11.9 Métodos utilizados para la eliminación de basura.

El **Cuadro No. 24** muestra que el 100% de los hogares encuestados elimina sus residuos sólidos mediante depósito o contenedor sin que se reporten prácticas informales o riesgosas como desechar en la calle, baldíos, canales, ríos o mediante quema. Esta condición cobra relevancia al prevenir la acumulación de desechos en el entorno inmediato, lo cual reduce la exposición a vectores, infecciones y riesgos ambientales que podrían afectar de forma desproporcionada a los adultos mayores.

CUADRO No. 24
Forma de eliminación de la basura

FORMA DE ELIMINACIÓN	Nº	%
DEPOSITO O CONTENEDOR	31	100.00
CALLE O BALDIO	0	0.00
CANAL O RÍO	0	0.00
QUEMA O ENTIERRA	0	0.00
TOTAL	31	100



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

11.10. Frecuencia de la eliminación de basura.

CUADRO No. 25
Frecuencia de eliminación de la basura

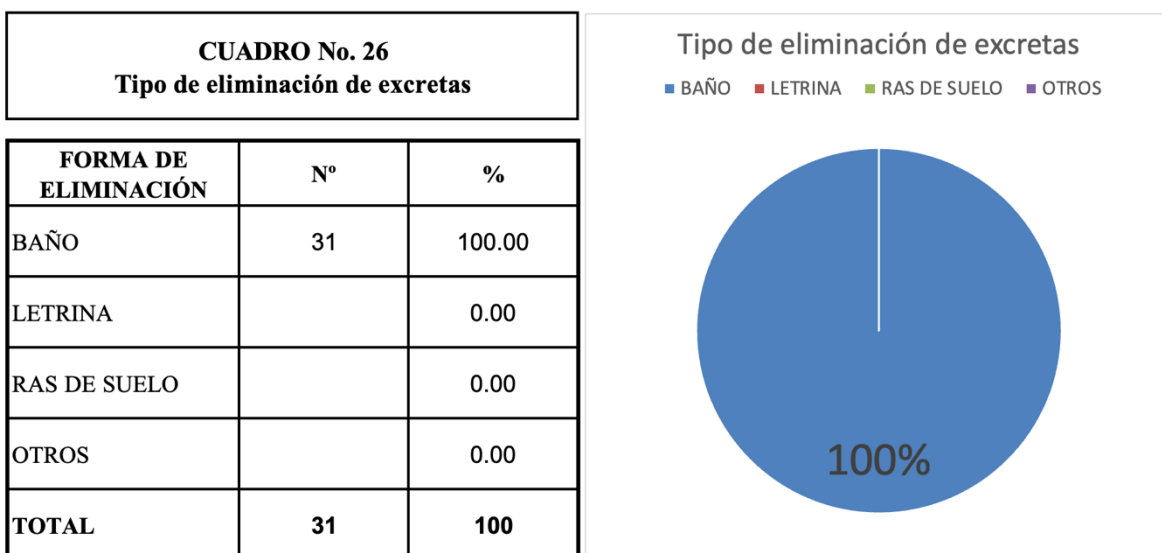
FRECUCIA DE ELIMINACIÓN	Nº	%
DIARIO	12	38.71
UNA VEZ POR SEMANA	19	61.29
CADA DOS SEMANAS	0	0.00
TOTAL	31	100.00



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

De acuerdo con el **Cuadro No. 25**, el 61.29% de los hogares realiza la disposición de residuos una vez por semana, mientras que el 38.71% lo hace de forma diaria. Si bien ninguna vivienda acumula basura por más de una semana la mayoría no lleva a cabo una disposición diaria lo cual puede tener implicaciones en términos de control de plagas olores y condiciones sanitarias, especialmente si se generan residuos orgánicos en el domicilio. Esto reafirma que aunque la frecuencia semanal no es óptima en todos los casos, el manejo general de los residuos es adecuado.

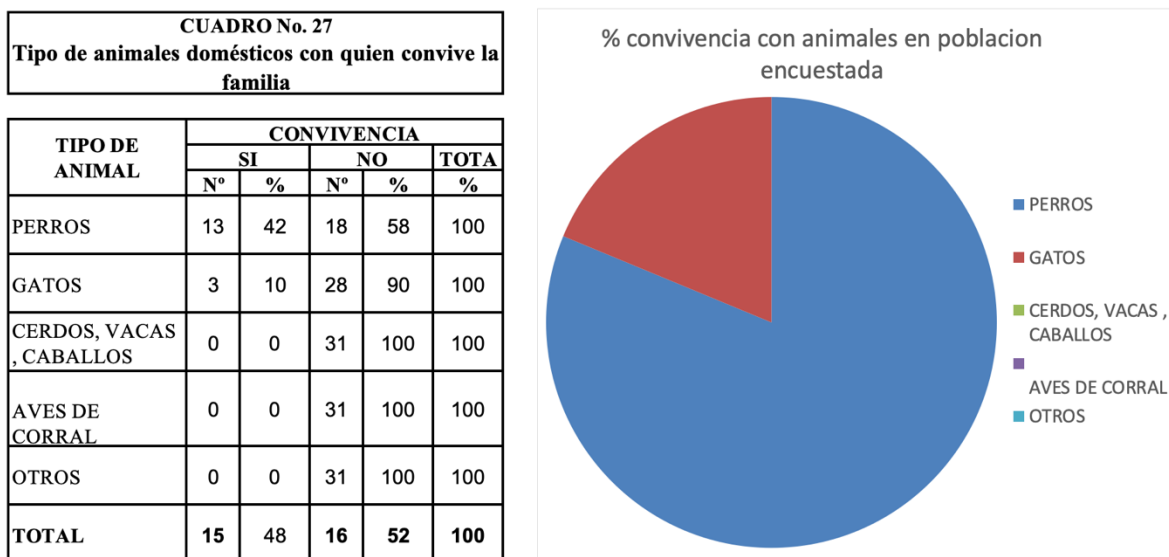
11.11. Mecanismo que utiliza para eliminar las excretas.



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

De acuerdo con el **Cuadro No. 26**, El 100% de los hogares encuestados cuenta con baño como método de eliminación de excretas, sin que se haya reportado el uso de letrinas, disposición a ras de suelo u otras formas. Este resultado indica condiciones sanitarias adecuadas y consistentes con lo esperado en zonas urbanas, donde la cobertura de servicios básicos es alta llegando prácticamente a su totalidad. La presencia de baño en todos los domicilios favorece no solo la higiene y el control de enfermedades infecciosas, sino también la seguridad y dignidad de la población adulta mayor.

11.12. Convivencia con animales domésticos.



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

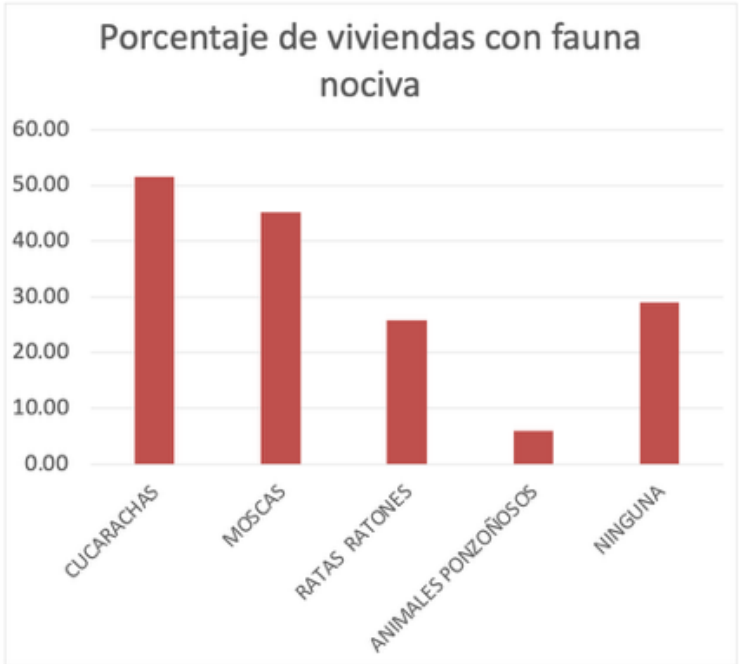
El **Cuadro No. 27** y su gráfico correspondiente muestran la convivencia de la población encuestada con animales. El 48.39 % de los hogares convive con algún tipo de animal doméstico, siendo los perros los más comunes 41.94 % seguidos por una menor proporción con gatos 9.68 %. Ninguno de los

encuestados reportó convivencia con animales de granja como cerdos, vacas, caballos o aves de corral, ni con otro tipo de animales.

Este patrón es congruente con el contexto urbano de la población donde predominan los animales de compañía sobre los de producción. Sin embargo, a pesar de vivir en un entorno propicio para la tenencia de mascotas, la mayoría de los adultos mayores encuestados no convive actualmente con animales. Esto podría explicarse por las limitaciones propias del envejecimiento, como la pluripatología o discapacidad, que dificultan el cuidado constante que requieren los animales. Esta falta de interacción, aunque comprensible, podría implicar también una menor exposición a beneficios terapéuticos que se han asociado con la convivencia animal en personas mayores.

11.13. Tipo de fauna nociva en la vivienda.

CUADRO No. 28 Porcentaje de viviendas con fauna nociva						
TIPO DE FAUNA	VIVIENDAS CON PRESENCIA DE FAUNA					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CUCARACHAS	16	51.61	15	48.39	31	100.00
MOSCAS	14	45.16	17	54.84	31	100.00
RATAS RATONES	8	25.81	23	74.19	31	100.00
ANIMALES PONZOÑOSOS	6	6.00	25	80.65	31	100.00
NINGUNA	9	29.03	22	70.97	31	100.00
TOTAL	31	100.00	31	100.00	31	100.0



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

Según el **Cuadro No. 28** correspondiente sobre la presencia de fauna nociva en las viviendas revela una problemática relevante en materia de salud pública, aun tratándose de una zona urbana como lo es la Ciudad de México en donde los servicios públicos con los que cuenta la ciudad, en más de la mitad de las viviendas (51.6%) reportaron presencia de cucarachas, y un 45.2% presencia de moscas reflejando que la exposición a vectores y fauna nociva persiste incluso en entornos urbanizados. Este hallazgo debe analizarse en el contexto de la crisis estructural del saneamiento urbano en la Ciudad de México. Factores como la sobrepoblación, la antigüedad de la infraestructura hidráulica y de alcantarillado, así como la alta generación de residuos sólidos, han

Contribuido a una situación sanitaria compleja. Aunque se dispone de servicios de recolección de basura y agua potable, la acumulación de desechos, filtraciones y drenajes obsoletos propician condiciones ideales para la proliferación de insectos, roedores y otros vectores. El hecho de que el

25.8% de las viviendas reporten ratas o ratones es un claro indicador de estas deficiencias estructurales o problemáticas administrativas

12. Alimentación familiar.

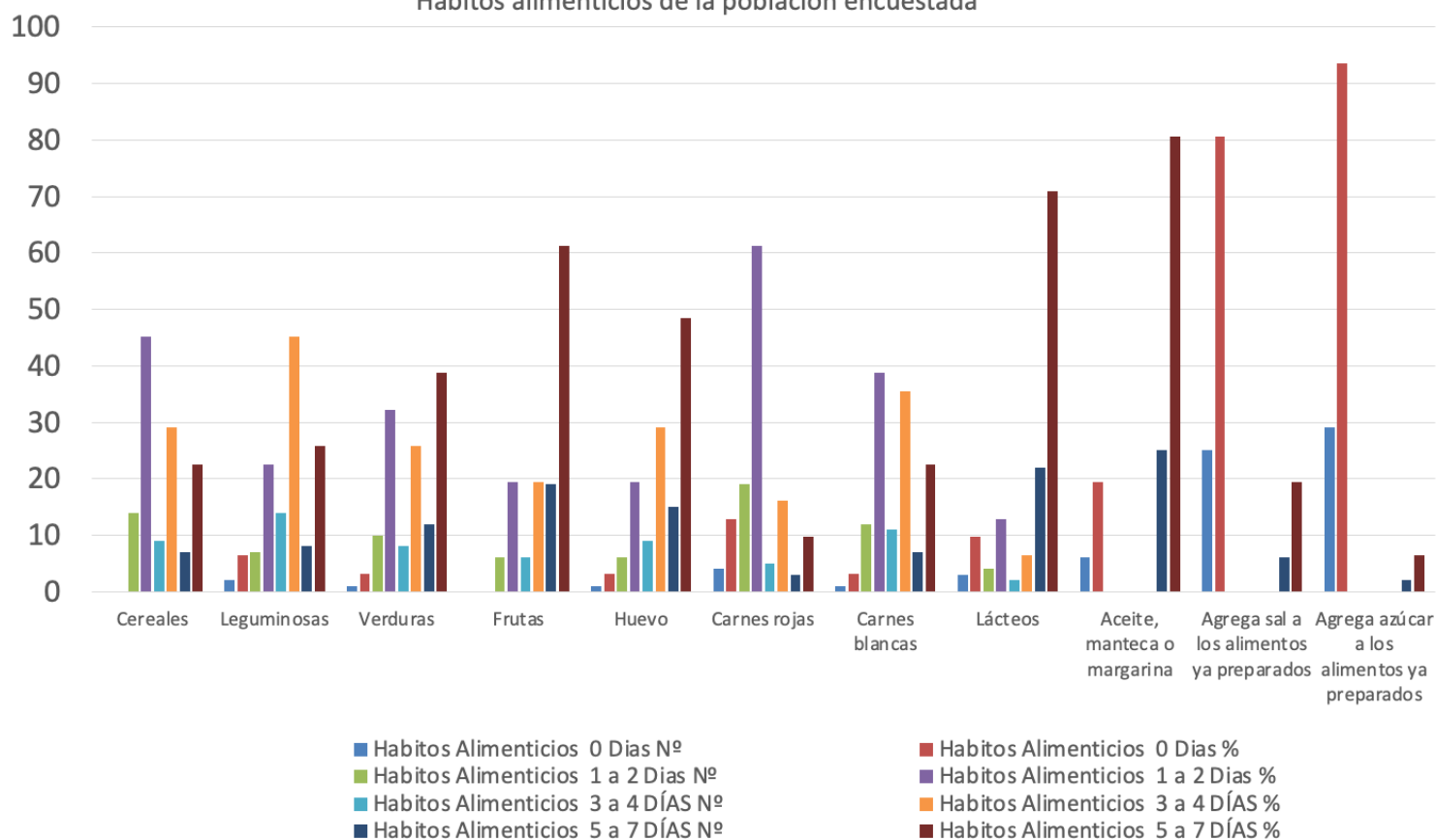
12.1. Frecuencia de alimentos consumidos a la semana.

CUADRO No. 29								
Tipo de alimentación								
Tipo de alimento	Habitos Alimenticios							
	0 Días		1 a 2 Días		3 a 4 DÍAS		5 a 7 DÍAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cereales	0	0	14	45	9	29	7	23
Leguminosas	2	6	7	23	14	45	8	26
Verduras	1	3	10	32	8	26	12	39
Frutas	0	0	6	19	6	19	19	61
Huevo	1	3	6	19	9	29	15	48
Carnes rojas	4	13	19	61	5	16	3	10
Carnes blancas	1	3	12	39	11	35	7	23
Lácteos	3	10	4	13	2	6	22	71
Aceite, manteca o margarina	6	19	0	0	0	0	25	81
Agrega sal a los alimentos ya preparados	25	81	0	0	0	0	6	19
Agrega azúcar a los alimentos ya preparados	29	94	0	0	0	0	2	6
TOTAL	31	100	31	100	31	100	31	100

El análisis del **Cuadro No. 29** revela que los hábitos alimentarios de la población encuestada presentan áreas de mejora importantes. Aunque se observa un consumo aceptable de ciertos grupos como las frutas (61.29%) refiere ingerirlas de 5 a 7 días a la semana, lácteos (70.97%) y huevo (48.39%), otros rubros presentan una frecuencia más baja de consumo. Por ejemplo, las verduras, que deberían formar parte diaria de la alimentación, solo son consumidas por el 38.71% de los encuestados entre 5 y 7 días, mientras que el resto tiene un consumo irregular o escaso. Asimismo, el consumo frecuente de leguminosas es limitado (solo 25.81% refiere consumirlas 5 a 7 días por semana) lo cual representa una oportunidad para reforzar este componente fundamental de la dieta mexicana tradicional.

Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

Habitos alimenticios de la poblacion encuestada



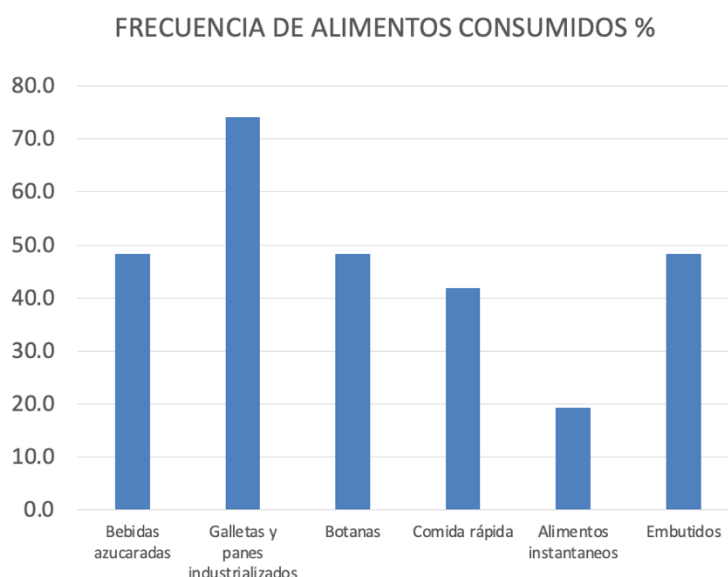
Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

En cuanto al consumo de carnes, se observa un mayor predominio del consumo de carnes blancas frente a las rojas, lo cual es adecuado desde un punto de vista nutricional y cardiometabólico. No obstante, el 12.90% de los encuestados refirió no consumir carne roja en absoluto, mientras que el 61.29% lo hace entre 1 y 2 días a la semana lo que podría reflejar tanto decisiones conscientes como limitaciones económicas o de salud. Un dato relevante es la baja frecuencia con la que se agregan sal y azúcar a los alimentos ya preparados. Solo el 19.35% añade sal y el 6.45% azúcar, lo cual es positivo en términos de prevención de enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes, condiciones comunes en la población geriátrica. En contraste, el 80.65% indicó agregar aceite, manteca o margarina, lo cual representa un punto a considerar, ya que la calidad de las grasas utilizadas influye significativamente en el riesgo cardiovascular.

Estos resultados permiten concluir que, aunque existen algunos hábitos alimentarios adecuados (particularmente en el consumo de frutas y lácteos), es necesario fomentar de forma más activa el consumo de verduras, cereales integrales y leguminosas, así como orientar sobre el tipo y cantidad de grasas añadidas.

12.2. Frecuencia de alimentos ultra procesados consumidos a la semana.

CUADRO No. 30 Consumo de alimentos ultraprocesados		
FRECUENCIA DE ALIMENTOS CONSUMIDOS	Nº	%
Bebidas azucaradas	15	48.4
Galletas y panes industrializados	23	74.2
Botanas	15	48.4
Comida rápida	13	41.9
Alimentos instantaneos	6	19.4
Embutidos	15	48.4
TOTAL	31	100



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

Según el **Cuadro No. 30** correspondiente al consumo de alimentos ultraprocesados permite observar que si bien existe consumo de alimentos ultraprocesados entre la población encuestada, este no es tan elevado como cabría esperar asimismo, también podemos observar que el 74.2% de los pacientes consume galletas y panes industrializados, siendo este el grupo de ultraprocesados más presente en la población. En segundo lugar se ubican las botanas, bebidas azucaradas y embutidos todos con un 48.4% de frecuencia de consumo. En contraste al consumo de alimentos instantáneos fue reportado por solo el 19.4%, lo que podría reflejar barreras de acceso o una mayor conciencia sobre sus efectos en la salud. Estos resultados deben contextualizarse considerando que la población evaluada corresponde a adultos mayores, quienes crecieron en un contexto donde no existía una cultura consolidada del “Plato del Bien Comer” ni una educación nutricional.

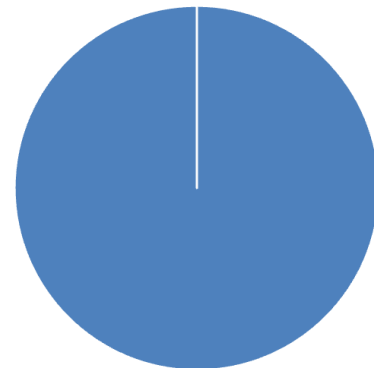
Por otro lado, un factor clave a considerar es que esta población se encuentra integrada a un modelo de atención geriátrica integral, donde se contempla el paso por consulta de nutrición como parte del seguimiento clínico regular. Esto podría estar generando un impacto positivo en la modificación o control de sus hábitos alimentarios. La educación nutricional recibida aun en la etapa tardía de la vida, parece tener un efecto protector o al menos regulador del consumo excesivo de estos productos, lo cual es especialmente relevante en un grupo vulnerable como el adulto mayor.

12.3. Métodos utilizados para la conservación de alimentos.

CUADRO No. 31|
Tipo de conservación de alimentos

FORMA DE CONSERVACIÓN	Nº	%
CUENTA CON REFRIGERADOR	31	100.00
NO CUENTA CON REFRIGERADOR	0	0.00
OTRO MEDIO	0	0.00
TOTAL	31	100.00

Tipo de conservación de alimentos



■ CUENTA CON REFRIGERADOR
■ NO CUENTA CON REFRIGERADOR
■ OTRO MEDIO

Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

El **Cuadro No. 31** muestra que el 100% de los encuestados cuenta con refrigerador como medio de conservación de alimentos. Este resultado no sorprende, considerando el contexto urbano y el nivel socioeconómico predominante en la población atendida, en donde si bien no es alto la presencia de este electrodoméstico se ha vuelto un estándar básico del hogar.

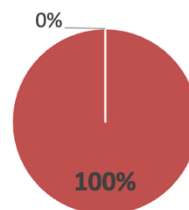
13. Entorno de la vivienda.

13.1. Prevención de rabia.

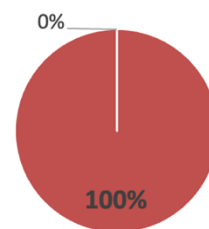
CUADRO No. 32
Porcentaje de animales con vacuna antirrábica

TIPO DE ANIMAL	VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PERROS	13	76	0	0	13	100
GATOS	4	24	0	0	4	100
OTROS	0	0	0	0	0	0
TOTAL	17	100	0	0	17	100

PORCENTAJE DE PERROS CON VACUNA ANTIRRÁBICA



PORCENTAJE DE GATOS CON VACUNA ANTIRRÁBICA

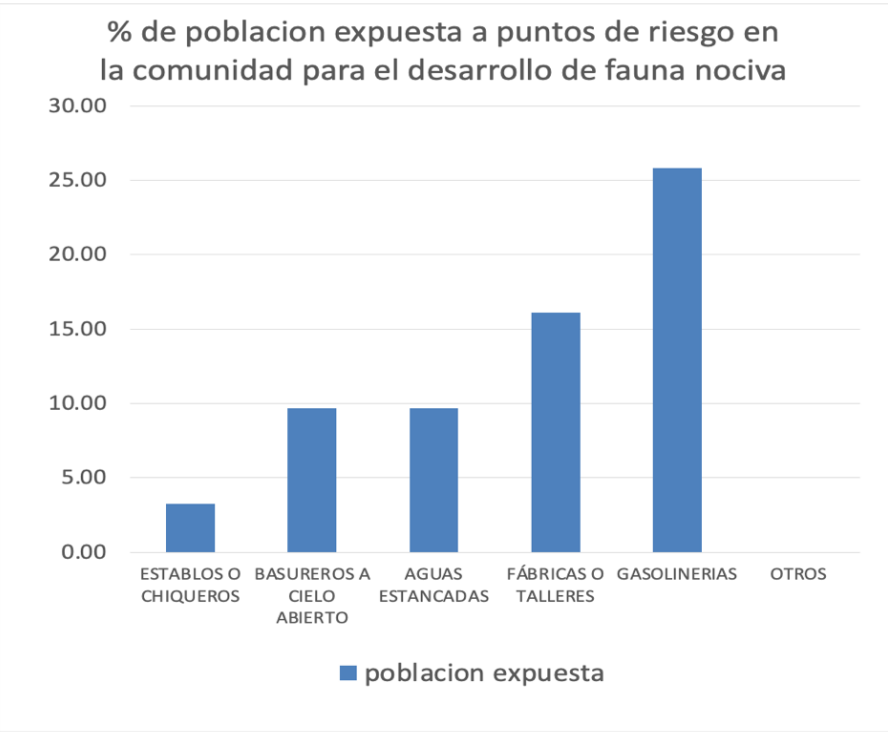


De acuerdo con el **Cuadro No. 32**, se identificó que el 100% de los animales convivientes (perros y gatos) se encuentran vacunados contra la rabia, lo cual representa una condición altamente positiva para la salud pública. Este resultado favorable podría estar relacionado con las campañas antirrábicas promovidas por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, las cuales son recurrentes y de amplio alcance. Además, en el caso específico de esta clínica geriátrica, se llevan a cabo campañas internas de vacunación antirrábica, lo que facilita el acceso a este servicio y aumenta el conocimiento de los pacientes sobre su importancia. La difusión interna, a través de carteles informativos, personal médico y brigadas, probablemente contribuye a que los pacientes con mascotas se mantengan al día con esta obligación sanitaria.

13.2. Riesgos ambientales en la comunidad.

El **Cuadro No. 33** muestran el porcentaje de la población expuesta a puntos de riesgo en la comunidad ya que estas condiciones pueden propiciar brotes de enfermedades transmisibles, especialmente en poblaciones vulnerables como la geriátrica.

CUADRO No. 33 Puntos de riesgo en la comunidad para el desarrollo de fauna nociva		
FACTOR DE RIESGO	Nº	%
ESTABLOS O CHIQUEROS	1	3.23
BASUREROS A CIELO ABIERTO	3	9.68
AGUAS ESTANCADAS	3	9.68
FÁBRICAS O TALLERES	5	16.13
GASOLINERIAS	8	25.81
OTROS	0	0.00
TOTAL	31	100.00



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

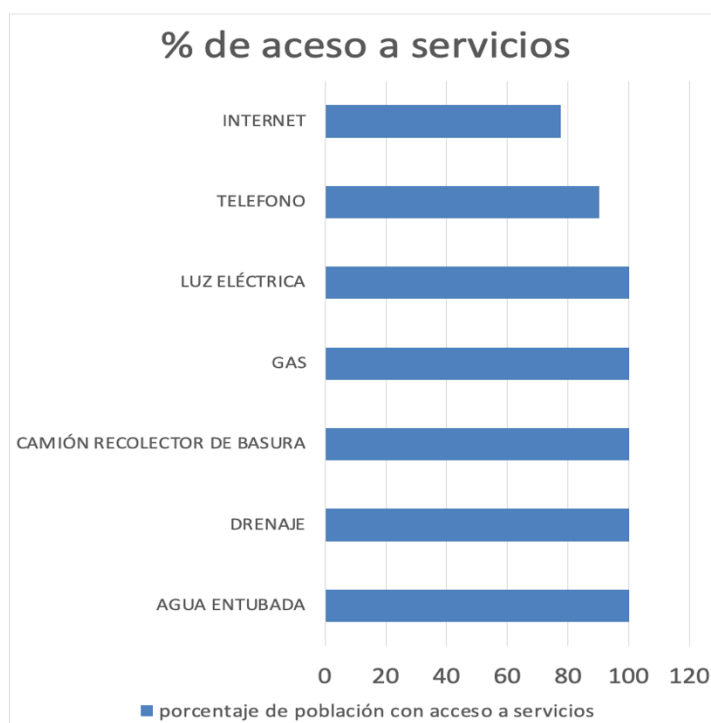
Para el desarrollo de la fauna nociva un aspecto relevante dentro del análisis del entorno de vivienda, Los resultados indican que el 25.81% de los encuestados refiere vivir cerca de gasolineras, seguido por un 16.13% cerca de fábricas o talleres, y un 9.68% tanto cerca de basureros a cielo abierto como de cuerpos de agua estancada. Sólo el 3.23% mencionó la presencia de establos o chiqueros, mientras que ningún encuestado refirió otros factores no enlistados; Estos datos, aunque no son alarmantes en volumen absoluto, sí evidencian una proporción considerable de adultos mayores expuestos a factores de riesgo ambientales urbanos, especialmente aquellos que, como los talleres y gasolineras, suelen generar residuos tóxicos o atraer fauna nociva. En el contexto de la

Ciudad de México, donde muchas zonas urbanas coexisten con instalaciones industriales y deficiencias en servicios públicos como la recolección de basura o el drenaje pluvial, estas cifras deben considerarse con atención.

13.3. Acceso a servicios públicos.

CUADRO No. 34
Acceso a servicios públicos

SERVICIO	N°	%
AGUA ENTUBADA	31	100
DRENAJE	31	100
CAMIÓN RECOLECTOR DE BASURA	31	100
GAS	31	100
LUZ ELÉCTRICA	31	100
TELEFONO	28	90
INTERNET	24	77
TOTAL	31	100



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

El **Cuadro No. 34** muestra el acceso de la población encuestada a diversos servicios públicos básicos. De manera general, los resultados son positivos: el 100% de los hogares cuenta con agua entubada, drenaje, camión recolector de basura, gas y energía eléctrica, lo cual refleja un entorno urbano con infraestructura consolidada. Estos servicios son fundamentales para mantener condiciones adecuadas de salubridad e higiene, especialmente tratándose de una población geriátrica, que presenta mayor vulnerabilidad ante enfermedades infecciosas, deterioro inmunológico o condiciones insalubres.

En cuanto a servicios de comunicación, el 90.32% de los encuestados cuenta con línea telefónica y el 77.42% con acceso a internet. Si bien estas cifras aún son altas, sí reflejan una brecha digital ya que al tratarse de adultos mayores muchos de ellos no consideran el teléfono ni el internet como servicios esenciales. A diferencia de las nuevas generaciones, que los consideran indispensables. Además, su adquisición representa un gasto fijo que prefieren evitar, especialmente si no tienen una necesidad directa o si no dominan su uso.

13.4. Riesgos socio – sanitarios.

CUADRO No. 35
Riesgos socio - sanitarios

RIESGO	Nº	%
SIN RIESGO	10	32
NARCOMENUDEO	0	0
PROSTITUCIÓN	0	0
VENTA DE ALCOHOL	21	68
OTRO	0	0
TOTAL	31	100



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica

En el **cuadro 35** se evalúa el riesgo socio-sanitario al que se encuentra expuesta la población encuestada. De acuerdo con los resultados, ningún paciente refirió exposición a situaciones de narcomenudeo o prostitución, lo cual es un dato favorable respecto a la seguridad del entorno inmediato de esta población. Sin embargo, el 67.74% de los pacientes refirió estar expuesto a la venta de alcohol, siendo este el único riesgo socio-sanitario mencionado por los encuestados.

Es importante contextualizar que este dato puede interpretarse desde la percepción del paciente adulto mayor, quien muchas veces no visualiza la venta de alcohol como un riesgo en sí, dado que su presencia es común y normalizada en tiendas, supermercados y negocios locales. La cercanía de estos establecimientos no necesariamente implica un problema directo, pero sí puede representar un factor de riesgo potencial en comunidades vulnerables si se vincula con violencia, consumo excesivo o alteraciones del entorno.

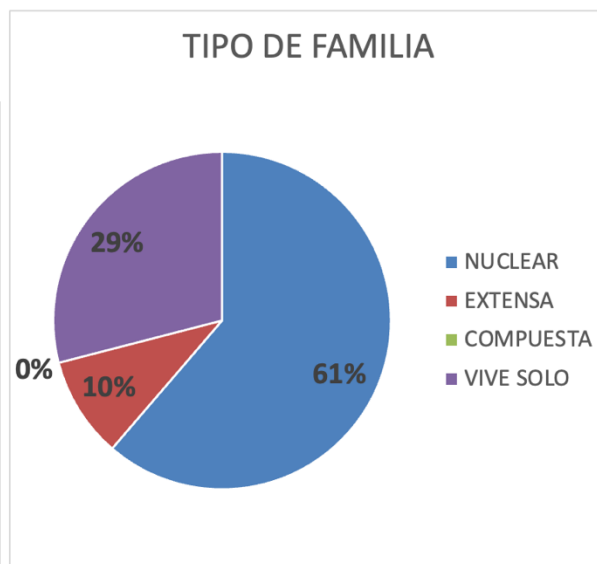
Cabe resaltar que la venta de alcohol no siempre es identificada como un elemento de riesgo para la población geriátrica, a diferencia de lo que podría considerarse desde un enfoque más amplio de salud pública. La ausencia de otras formas de riesgo puede deberse tanto a un contexto local relativamente tranquilo como a una percepción selectiva del entorno por parte del adulto mayor. En general, este hallazgo sugiere que no existen riesgos socio-sanitarios de alta alarma para la mayoría de los encuestados, aunque es recomendable continuar con estrategias de educación y promoción de la salud.

14. Dinámica familiar.

14.1. Tipo de familia.

CUADRO No. 36
Tipos de familia

TIPO DE FAMILIA	Nº	%
NUCLEAR	19	61
EXTENSA	3	10
COMPUESTA	0	0
VIVE SOLO	9	29
TOTAL	31	100

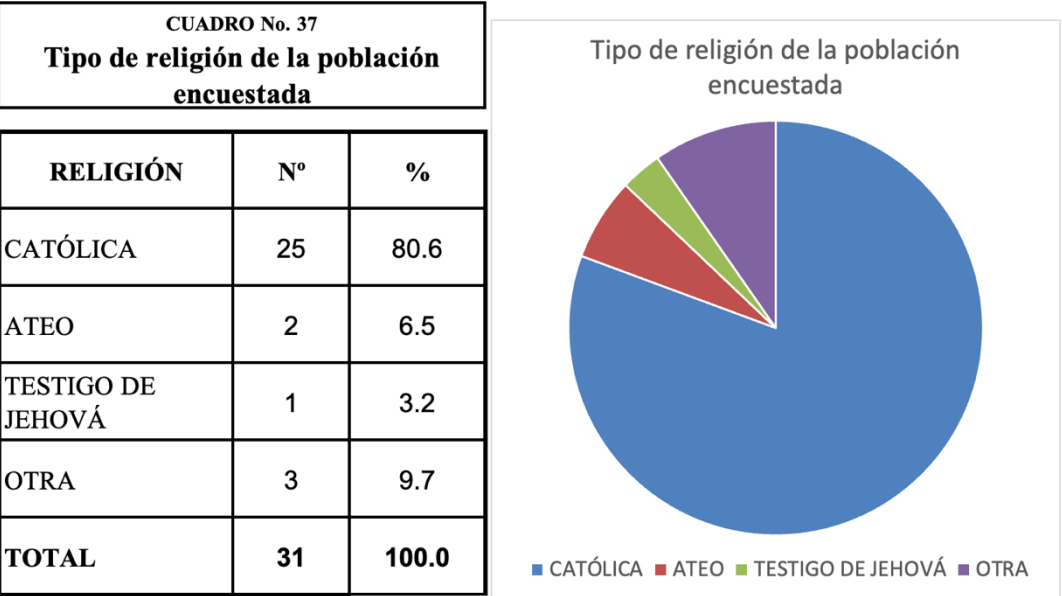


Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

En el cuadro **número 36** se muestra la distribución de los tipos de familia con los que conviven los pacientes encuestados. Se observa que el 61.29% de los adultos mayores viven en un entorno de familia nuclear ya sea con hijos o pareja. Este dato es relevante ya que la presencia de redes familiares cercanas puede favorecer el apoyo emocional, funcional y económico del paciente. Por otro lado el 9.68% de los pacientes vive en una familia extensa, o sea, en compañía de otros familiares no pertenecientes al núcleo inmediato, como nietos, sobrinos o hermanos. Aunque esta estructura puede representar mayor acompañamiento, también puede generar situaciones de hacinamiento en algunos contextos. Llama la atención que el 29.03% de los pacientes vive solo, lo cual representa un dato importante desde la perspectiva de la atención geriátrica, ya que vivir solo puede aumentar el riesgo de aislamiento social, depresión caídas sin atención o descontrol en el manejo de enfermedades.

Este grupo podría requerir seguimiento más cercano por parte del personal médico, trabajo social o gerontología.

14.2. Religión que profesa.



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

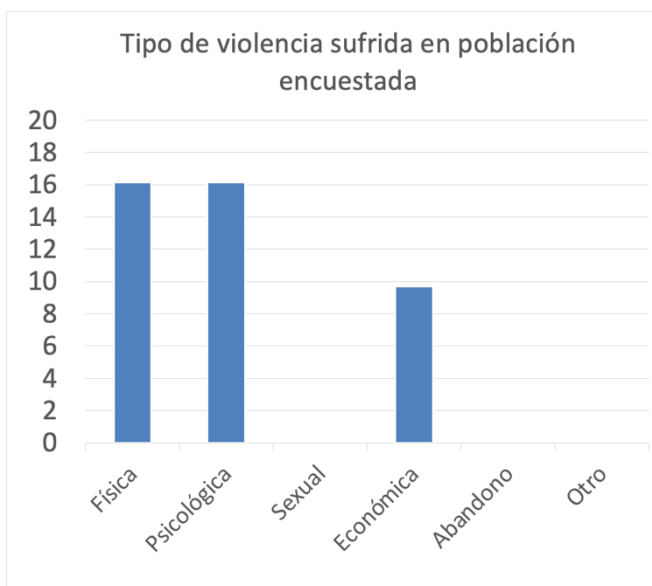
En el cuadro número 37 se presenta el tipo de religión profesada por la población encuestada. Se observa que la gran mayoría de los pacientes (80.65%) se identifica con la religión católica, lo cual es consistente con el contexto sociocultural de la Ciudad de México, donde esta religión ha sido históricamente predominante y forma parte de muchas tradiciones familiares y comunitarias, especialmente en generaciones mayores. Por otro lado, el 6.45% se identificó como ateo, lo que refleja un cambio paulatino en las creencias religiosas aunque es minoritario en este grupo etario. El 3.23% refiere ser Testigo de Jehová mientras que el 9.68% pertenece a otras religiones. Estos datos evidencian que, si bien la religión católica sigue siendo la más común entre los adultos mayores existe una ligera diversidad religiosa dentro de esta población. Esto puede influir en sus decisiones sobre salud, alimentación, atención médica y valores personales, por lo cual es importante que el personal de salud lo tenga en cuenta.

14.3. Tipo de violencia familiar.

En el cuadro 38 se evalúa el tipo de violencia a la que han estado expuestos los pacientes encuestados. Se observa que el 16.13% de los participantes refirió haber sufrido violencia física porcentaje idéntico al reportado para violencia psicológica. Asimismo, un 9.68% mencionó haber sido víctima de violencia económica. No se registraron casos de violencia sexual, abandono u otro tipo de violencia. Es tipos de violencia en la vejez no suelen presentarse de manera aislada. Por el contrario, en muchos casos, la violencia hacia las personas mayores se manifiesta de forma combinada. Durante la aplicación de las encuestas, al identificar cualquier indicio de violencia, se procedió a aplicar la Cédula de detección de violencia de género cuando correspondía, y se canalizaron de manera inmediata los casos detectados a los servicios de trabajo social, psicología y gerontología para brindar acompañamiento integral y asegurar una intervención oportuna, priorizando la protección y el bienestar del paciente.

CUADRO No. 38
Tipo de violencia

TIPO	Nº	%
Física	5	16
Psicológica	5	16
Sexual	0	0
Económica	3	10
Abandono	0	0
Otro	0	0
TOTAL	31	100

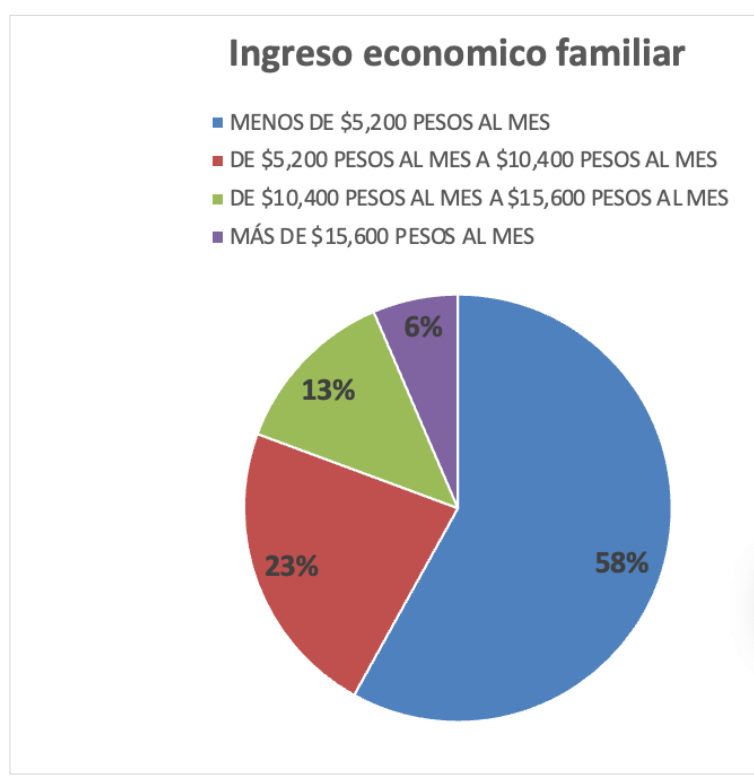


Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

14.4. Ingreso económico familiar.

CUADRO No. 39
Ingreso económico familiar

Ingreso	Nº	%
MENOS DE \$5,200 PESOS AL MES	18	58
DE \$5,200 PESOS AL MES A \$10,400 PESOS AL MES	7	23
DE \$10,400 PESOS AL MES A \$15,600 PESOS AL MES	4	13
MÁS DE \$15,600 PESOS AL MES	2	6
TOTAL	31	100



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

En el **cuadro 39** se evalúa el ingreso económico familiar mensual de la población encuestada. Los datos muestran que más de la mitad de los pacientes (58.06%) percibe un ingreso inferior a \$5,200 pesos mensuales, seguido de un 22.58% que reporta ingresos entre \$5,200 y \$10,400 pesos. Un porcentaje menor, el 12.90%, se ubica en el rango de \$10,400 a \$15,600 pesos, mientras que únicamente el 6.45% declaró ingresos superiores a \$15,600 pesos mensuales.

De acuerdo con datos recientes del CONEVAL el ingreso corriente promedio trimestral por hogar en México es de aproximadamente \$21,000 pesos,, cerca de \$7,000 pesos mensuales por hogar. Comparado con este parámetro se identifica que gran parte de la población encuestada se encuentra por debajo del ingreso promedio nacional estimado, lo cual sugiere una importante situación de vulnerabilidad económica.

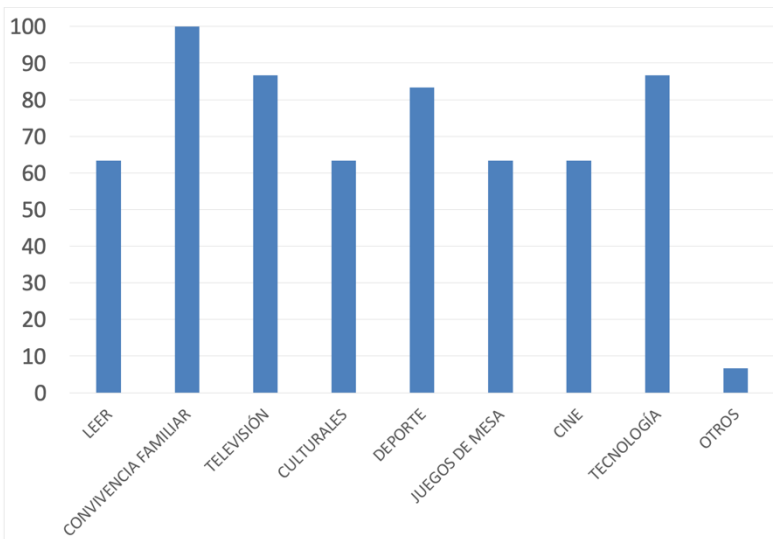
Este panorama se torna aún más preocupante cuando se considera la ocupación y el contexto laboral previo de la población encuestada. Una proporción significativa de los pacientes se encuentra pensionada con montos mínimos o depende exclusivamente del apoyo económico del gobierno federal que actualmente otorga \$6,000 pesos bimestrales (equivalente a \$3,000 pesos mensuales). Asimismo, una parte considerable de las mujeres encuestadas dedicó su vida al trabajo no remunerado en el hogar, por lo que no generaron derechos a pensión ni cuentan con ingresos fijos, dependiendo exclusivamente de familiares o del apoyo gubernamental. Estos datos evidencian una realidad alarmante: la falta de acceso a educación formal y empleo con prestaciones en etapas anteriores de la vida tiene un impacto directo y severo en las condiciones económicas de la vida en la vejez. Hoy en día, muchas personas adultas mayores enfrentan limitaciones económicas severas que afectan su acceso a servicios básicos alimentación adecuada, transporte, actividades recreativas y, en general, su calidad de vida. Esta situación demanda un enfoque urgente desde las políticas públicas, no solo para garantizar su bienestar actual, sino también para prevenir estas mismas condiciones en las generaciones futuras.

14.5. Tiempo para la recreación.

CUADRO No. 40		
Tipo de recreación de la población encuestada		
TIENE TIEMPO PARA LA RECREACIÓN	No.	%
SI	30	97
NO	1	3
TOTAL	31	100

En el **cuadro No. 40** se describen las principales actividades recreativas referidas por los pacientes encuestados. De los 31 participantes, 30 señalaron contar con tiempo para realizar actividades recreativas, lo cual representa un indicador favorable.

CUADRO No. 40 Tipo de recreación de la población encuestada		
JUEGO Y RECREACIÓN	No.	%
LEER	19	63
CONVIVENCIA FAMILIAR	30	100
TELEVISIÓN	26	87
CULTURALES	19	63
DEPORTE	25	83
JUEGOS DE MESA	19	63
CINE	19	63
TECNOLOGÍA	26	87
OTROS	2	7
TOTAL	30	100



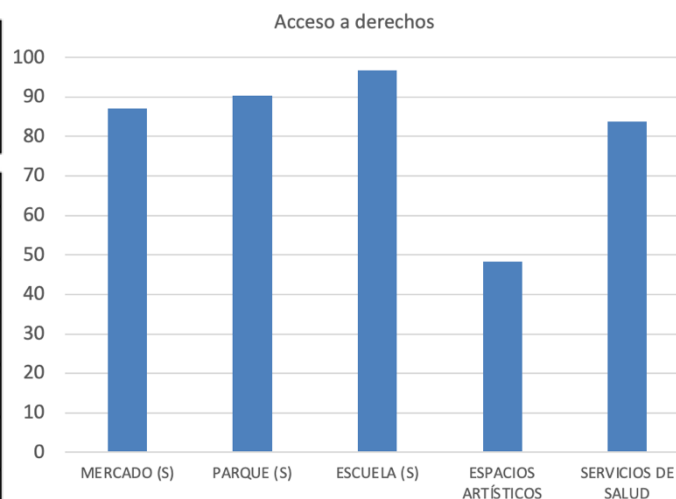
Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

Respecto al tipo de actividades realizadas, la convivencia familiar fue la más prevalente (100%), a esta le siguen el uso de tecnología (86.67%) y el ver televisión (86.67%), lo que evidencia un aumento en la familiarización de algunos adultos mayores con herramientas tecnológicas, aunque esta pueda estar limitada a dispositivos como televisores o teléfonos básicos. Actividades como la práctica de algún deporte (83.33%) asistencia a eventos culturales, juegos de mesa, cine y lectura, todas con una frecuencia de 63.33%, reflejan un perfil activo y diverso en cuanto al aprovechamiento del tiempo libre. Esto ayuda a el mantenimiento cognitivo, la estimulación sensorial, la integración social y la prevención de deterioro físico y funcional. El hecho de que múltiples pacientes hayan referido varias actividades recreativas indica una dimensión multidisciplinaria del esparcimiento, lo cual contribuye de forma integral al bienestar biopsicosocial. No obstante, el bajo porcentaje en la categoría de “otros” (6.67%) podría interpretarse como una limitación en el acceso o interés hacia nuevas opciones recreativas no convencionales o de índole terapéutica formal.

15. Asistencia al centro de salud.

15.1. Acceso a derechos.

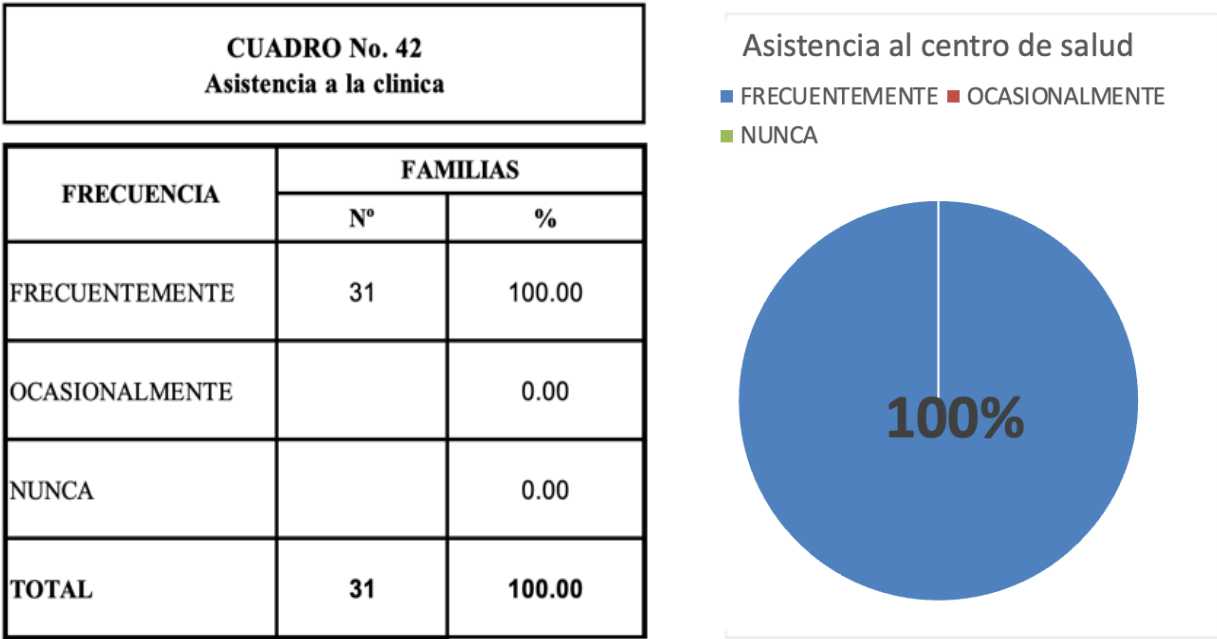
CUADRO No. 41 Acceso a derechos		
ORGANIZACIÓN	No.	%
MERCADO (S)	27	87.10
PARQUE (S)	28	90.32
ESCUELA (S)	30	96.77
ESPACIOS ARTÍSTICOS	15	48.39
SERVICIOS DE SALUD	26	83.87
TOTAL	31	100.00



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

En el **Cuadro 42** se evalúa el acceso de la población encuestada a distintas organizaciones y servicios básicos. Los resultados obtenidos muestran un panorama mayormente favorable, en consonancia con el bajo grado de marginación de la zona geográfica en la que se ubica la clínica geriátrica. Del total de pacientes encuestados (n=31), un 90.32% reportó tener acceso a parques, un 96.77% a escuelas, y un 87.10% a mercados, lo cual sugiere una infraestructura urbana adecuada que favorece la interacción comunitaria, la accesibilidad física y la cobertura de necesidades básicas, aspectos esenciales para el bienestar biopsicosocial en la vejez. Asimismo, un 83.87% manifestó tener acceso a servicios de salud, lo cual es un indicador positivo, aunque aún persiste una brecha que debe ser atendida, considerando que se trata de una población con alta carga de enfermedades crónicas y dependencia funcional potencial. Por otro lado, únicamente el 48.39% de los adultos mayores reportaron tener acceso a espacios artísticos o culturales, lo cual evidencia una limitación en la disponibilidad o promoción de entornos que favorezcan la estimulación cognitiva, el envejecimiento activo y la expresión creativa.

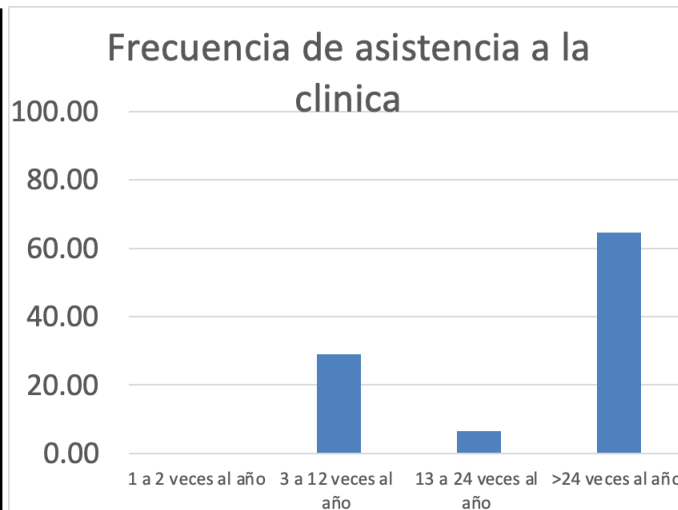
15.2. Frecuencia en la que acuden al centro de salud.



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

Con base en los **cuadros No. 42 y No. 43**, se analiza la asistencia a la clínica por parte de la población geriátrica encuestada, revelando una dinámica de atención particularmente constante y estrechamente vinculada al modelo de atención implementado por la unidad. En el **cuadro No. 42**, se observa que el 100% de los pacientes encuestados reportan asistir frecuentemente al centro de salud, sin que se registren casos de asistencia ocasional o nula. Este dato, aunque limitado al ser una pregunta cerrada de respuesta única, constituye una referencia importante que permitió explorar con mayor profundidad la frecuencia real de asistencia, lo que motivó la elaboración del cuadro No. 43.

CUADRO No. 43 Frecuencia de asistencia a la clínica		
frecuencia de asistencia al centro de salud	Nº	%
1 a 2 veces al año	0	0.00
3 a 12 veces al año	9	29.03
13 a 24 veces al año	2	6.45
>24 veces al año	20	64.52
Total	31	100.00



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

En el **cuadro No. 43**, se detalla con mayor precisión la periodicidad de las visitas: el 64.52% de los pacientes acude más de 24 veces al año, es decir, al menos dos veces por mes. Asimismo, un 29.03% lo hace de 3 a 12 veces anualmente, y un 6.45% entre 13 y 24 veces. Cabe resaltar que no se registró ningún paciente con asistencia menor a 3 veces por año, lo que evidencia una relación continua entre la población geriátrica y el centro de salud. Este patrón de alta frecuencia de visitas se relaciona estrechamente con el perfil epidemiológico de la población atendida: la gran mayoría presenta una o más enfermedades crónicas, lo que requiere un seguimiento periódico y multidisciplinario. Desde el primer nivel de atención, se han implementado protocolos internos que establecen la valoración médica mensual como mínimo, aunada al seguimiento por los servicios de odontología, psicología, nutrición y gerontología, las cuales permiten no solo mejorar el control de los padecimientos, sino que también fomentan la adherencia terapéutica, la socialización y el bienestar emocional del paciente.

Es importante destacar que la alta asistencia también representa un indicador indirecto de la confianza y apropiación del espacio por parte de los usuarios, por lo que este tipo de asistencia frecuente contribuye significativamente a la prevención de complicaciones y a una mejora en la calidad de vida del adulto mayor, consolidando un enfoque preventivo, accesible y centrado en el paciente.

15.3. Trato recibido en el centro de salud.

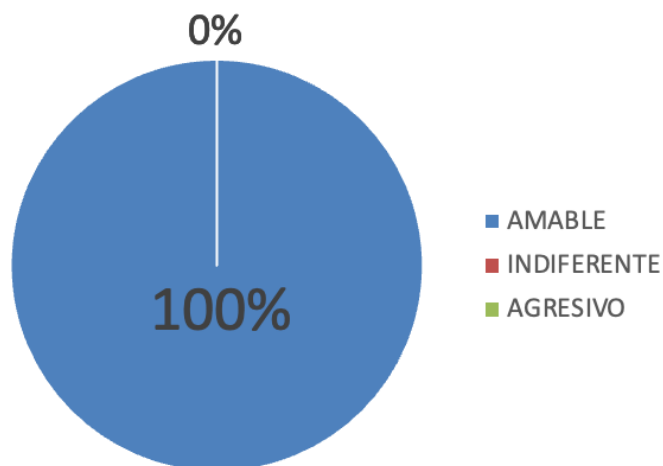
Con base en los resultados presentados en el **cuadro No 44**, se evaluó el tipo de atención que perciben los pacientes respecto al trato recibido en la unidad de salud. De los 31 encuestados, el 100 % refirió haber recibido un trato amable, sin que se registraran respuestas que indicaran experiencias de trato indiferente o agresivo.

Este hallazgo es particularmente significativo en el contexto de atención geriátrica, donde el trato amable promueve mayor adherencia a los tratamientos, confianza en los servicios, continuidad en la atención y participación activa del paciente en su autocuidado, fortaleciendo el vínculo terapéutico y genera una percepción positiva de la institución. Este resultado también puede interpretarse como una consecuencia de la estrategia institucional implementada en la unidad, donde el enfoque integral y centrado en la persona se basa en la promoción del buen trato y la atención empática por parte del

personal. La constante capacitación del personal, la conformación de equipos multidisciplinarios y el fomento de relaciones horizontales entre el personal de salud y los usuarios parecen reflejarse en esta valoración.

CUADRO No. 44 Tipo de atención en el Centro de Salud Trato en la Unidad		
TRATO	FAMILIAS	
	Nº	%
AMABLE	31	100.00
INDIFERENTE	0	0.00
AGRESIVO	0	0.00
TOTAL	31	100.00

Tipo de atención en el Centro de Salud
Trato en la Unidad

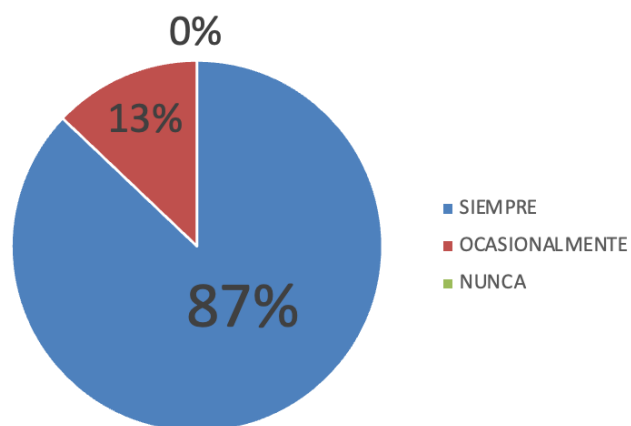


Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

15.4. Solucionan el problema motivo por el que acuden al centro de salud.

CUADRO No. 45 Tipo de Atención en el Centro de Salud Resolución de Problemas en la Unidad		
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	FAMILIAS	
	Nº	%
SIEMPRE	27	87.10
OCASIONALMENTE	4	12.90
NUNCA	0	0.00
TOTAL	31	100.00

Resolución de Problemas en
la Unidad



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

Con base en los resultados del **cuadro 45**, se evaluó la percepción de la población respecto a la resolución de problemas dentro del Centro de Salud. De los 31 pacientes encuestados, el 87.10%

refirió que “siempre” se les brinda solución a sus problemas de salud, mientras que el 12.90% señaló que dicha resolución ocurre solo “ocasionalmente”. No se reportaron casos en los que nunca se haya resuelto un problema.

Este resultado refleja de manera general un alto nivel de satisfacción en cuanto a la capacidad resolutoria de la unidad, lo cual puede atribuirse al modelo de atención la disponibilidad de servicios complementarios (como nutrición, psicología, odontología y gerontología) y el seguimiento estructurado que se otorga, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas.

Sin embargo, el pequeño porcentaje que refirió que la resolución ocurre de forma ocasional podría estar influido por diversos factores. Uno de los más probables es el perfil clínico de la población atendida, donde predominan enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, artrosis y enfermedad renal crónica. Estas patologías, por su naturaleza, no tienen una solución inmediata ni definitiva, y requieren de un manejo continuo, multidisciplinario y sostenido a lo largo del tiempo.

Es posible que algunos pacientes asocian la resolución de problemas con la eliminación total de sus síntomas lo que puede generar una discrepancia entre sus expectativas y la realidad clínica, En ese sentido, no representaría necesariamente una falla estructural del servicio, sino que refleja la necesidad de fortalecer la educación médica al paciente y así establecer expectativas realistas en torno a sus padecimientos.

16. Daños a la Salud.

16.2. Servicios que recibieron los integrantes por grupo de edad.

16.2.5. Adultos de más de 60 años de edad.



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

CUADRO No. 52 Servicios recibidos a la población de 60 años o más.

ATENCIÓN RECIBIDA	POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS	
	Nº	%
ACUDE A UNIDADES DE SALUD 2 VECES AL AÑO	31	100.00
ORIENTACIÓN ALIMENTARIA	26	83.87
EVALUACIÓN Y VIGILANCIA NUTRICIONAL	25	80.65
ACTIVIDAD FÍSICA	23	74.19
ORIENTACIÓN MENOPAUSIA Y ANDRPAUSIA	8	25.81
VIGILANCIA NUTRICIONAL	10	32.26
EXPLORACIÓN MAMARIA C/2 AÑOS	5	16.13
MASTOGRAFÍA C / 2 AÑOS A PARTIR DE LOS 40 AÑOS	6	19.35
CITOLOGÍA CERVICOUTERINA C/3 AÑOS DESPUES DE LOS 25 AÑOS	6	19.35
EXPLORACIÓN DE PRÓSTATA C/2 AÑOS DESPUES DE LOS 40 AÑOS	0	0.00
ANTÍGENO PROSTÁTICO C/2 AÑOS DESPUES DE LOS 40 AÑOS	7	22.58
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	31	100.00
DETECCIÓN DE DM TIPO 2 DOS VECES AL AÑO	31	100.00
DETECCIÓN DE DISLIPIDEMIAS DOS VECES AL AÑO	20	64.52
TOTAL	31	100.00

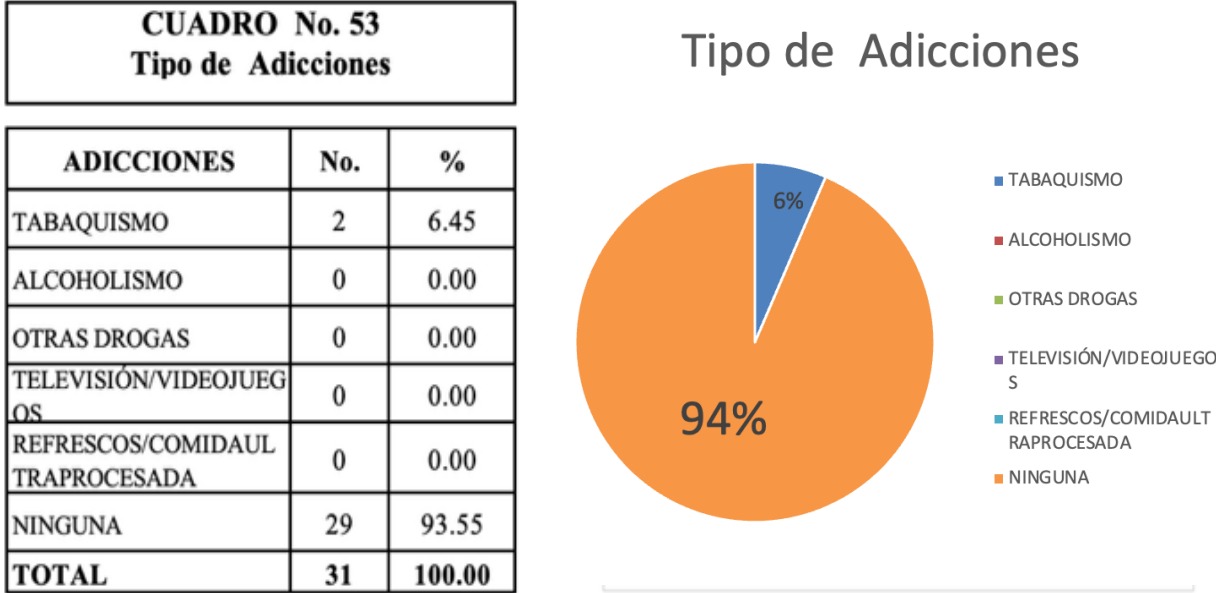
Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

Análisis del Cuadro No. 52. Servicios recibidos por la población de 60 años o más, expone los servicios preventivos y de promoción a la salud que ha recibido la población de 60 años o más encuestada. Todos los pacientes (100%) reportaron acudir al menos dos veces al año a su unidad de salud, además de contar con detecciones de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 con la misma frecuencia, lo que indica una cobertura adecuada en enfermedades crónicas de alta prevalencia e impacto en el adulto mayor. Asimismo, se observa una elevada participación en actividades de orientación alimentaria (83.87%), vigilancia nutricional (80.65%) y activación física (74.19%), reflejando un enfoque integral en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención secundaria. No obstante, servicios específicos como la orientación sobre menopausia y andropausia (25.81%) y vigilancia nutricional periódica (32.26%) muestran una cobertura más baja, lo que representa áreas susceptibles de fortalecimiento mediante intervenciones grupales o comunitarias. En cuanto a tamizajes oncológicos, 16.13% de las pacientes reportaron exploración mamaria reciente, 19.35% se ha realizado mastografía, y otro 19.35% citología cervicouterina. Cabe destacar que si bien estos estudios tienen un límite de edad recomendado (alrededor de los 69 a 70 años según la evidencia clínica y lineamientos oficiales), algunos pacientes mayores a esta edad refieren haberse realizado dichos tamizajes por iniciativa propia, principalmente en laboratorios particulares. Aunque no existe contraindicación médica para continuar realizándolos, es importante aclarar que ya no se consideran tamizajes indicados a esa edad, por lo que su uso debe individualizarse y evitar prácticas innecesarias.

Respecto al antígeno prostático específico (APE), 7 pacientes lo han recibido, lo que representa el 100% de los hombres encuestados, ya que dentro de la muestra total de 31 pacientes, sólo 7 son hombres. Esto refleja una cobertura óptima de detección oportuna en esta población, alineada

con las recomendaciones para varones mayores de 40 años. Por otro lado, la exploración prostática no fue reportada por ninguno de los encuestados, lo cual podría estar relacionado con factores como resistencia al tacto rectal, falta de oferta del servicio o desconocimiento de su relevancia clínica. Este hallazgo merece atención, ya que la exploración prostática sigue siendo una herramienta clave para la detección oportuna del cáncer de próstata cuando se utiliza en conjunto con el APE. Finalmente, la detección de dislipidemias alcanza una cobertura de 64.52%, un dato relevante considerando la alta carga de enfermedad cardiovascular en este grupo etario. Aumentar la frecuencia de este estudio contribuiría a un mejor control de factores de riesgo modificables. En conjunto, los datos evidencian un seguimiento sólido en los servicios prioritarios del primer nivel, con oportunidades de mejora en áreas como tamizajes específicos, educación diferenciada por sexo y estrategias para aumentar la cobertura en detección de dislipidemias y exploración prostática.

16.3. Adicciones que pueden padecer algunos integrantes de la familia.



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

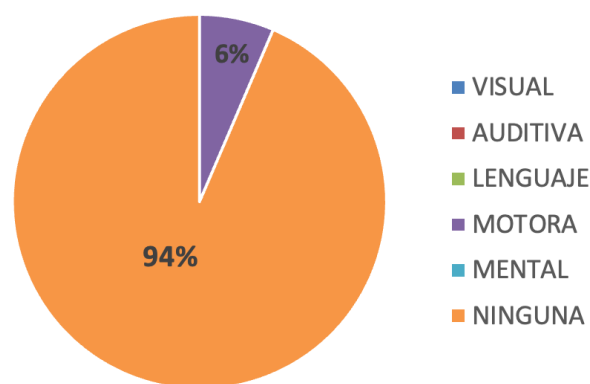
De acuerdo con el **Cuadro No. 53**, se observa que el 93.55% de los pacientes encuestados niegan presentar algún tipo de adicción, lo cual podría estar relacionado con factores como el estilo de vida actual de los adultos mayores, la etapa del curso de vida en la que se encuentran, así como posibles sesgos de deseabilidad social al momento de responder. Solamente el 6.45% (2 personas) reportó antecedente de tabaquismo, mientras que no se registró ningún caso de alcoholismo, uso de otras sustancias psicoactivas, ni adicción conductual como televisión, videojuegos o consumo excesivo de comida ultraprocesada o bebidas azucaradas. Es importante destacar que, si bien el bajo reporte de adicciones puede parecer positivo, también puede existir una subdeclaración de ciertas conductas, particularmente en entornos en donde existe estigmatización o juicio moral. En el caso específico del tabaquismo, se trata de una adicción de gran relevancia médica en el adulto mayor por su asociación con enfermedades respiratorias crónicas, cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. Su prevalencia del 6.45% resulta baja comparada con la media nacional en grupos etarios más jóvenes, lo cual es consistente con la tendencia general de abandono del hábito conforme avanza la edad. Por otra parte, el hecho de que ningún paciente haya referido adicciones relacionadas con consumo excesivo de alimentos ultraprocesados o bebidas azucaradas podría indicar una interpretación limitada del

concepto de adicción entre la población encuestada, ya que estas conductas, si bien no siempre son percibidas como tales, pueden tener un impacto significativo en la salud metabólica y cardiovascular. Este apartado refuerza la necesidad de educación para la salud más específica, que permita a los adultos mayores identificar conductas de riesgo menos evidentes y fomentar estrategias de prevención y manejo oportuno, particularmente en aquellos con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes o dislipidemia, donde el estilo de vida juega un papel determinante.

16.4. Discapacidad que pueden tener algunos integrantes de la familia.

CUADRO No. 54 Discapacidades que presenta la población encuestada		
DISCAPACIDAD	No.	%
VISUAL	0	0.00
AUDITIVA	0	0.00
LENGUAJE	0	0.00
MOTORA	2	6.45
MENTAL	0	0.00
NINGUNA	29	93.55
TOTAL	31	100.00

Discapacidades que presenta la población encuestada



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el **Cuadro No. 54**, se identificó que el 93.55% de los adultos mayores encuestados no reportan ninguna discapacidad, mientras que solo el 6.45% (equivalente a 2 personas) refirió algún tipo de discapacidad, siendo exclusivamente de tipo motora. Resulta particularmente llamativo que no se haya registrado ningún caso de discapacidad visual, auditiva, del lenguaje ni mental, lo cual podría obedecer a distintos factores. Por un lado, es posible que la población encuestada mantenga un estado funcional relativamente conservado, propio de un grupo activo y que acude frecuentemente a la clínica para actividades físicas, revisiones médicas y programas preventivos. No obstante, también es importante considerar que este dato podría estar influido por una subidentificación o subregistro de condiciones crónicas sensoriales, sobre todo en población geriátrica, donde es frecuente la normalización de pérdidas progresivas en visión o audición como parte del envejecimiento fisiológico. La presencia de dos casos de discapacidad motora podría relacionarse con condiciones degenerativas articulares, secuelas neurológicas o enfermedades crónicas osteomusculares frecuentes en esta etapa de la vida.

Es indispensable que este grupo reciba seguimiento adecuado desde un enfoque integral que promueva su funcionalidad, movilidad segura y autonomía. Finalmente, estos datos evidencian la necesidad de continuar con valoraciones geriátricas integrales periódicas, que permitan la detección oportuna de discapacidades incipientes, incluyendo aquellas que no son reconocidas subjetivamente por el paciente o que no han sido diagnosticadas formalmente.

16.5. Principales enfermedades presentadas en el último año.

Los datos presentados en el **Cuadro No. 53** provienen del Sistema de Información en Salud (SIS), en el cual se revisaron los expedientes electrónicos de cada uno de los pacientes encuestados para registrar los padecimientos atendidos durante el último año. Los resultados reflejan de forma clara el perfil epidemiológico de la población geriátrica atendida en la clínica, en donde se observa un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles por encima de padecimientos agudos. De

CUADRO No. 53 Padecimientos en el último año		
DISCAPACIDAD	No.	%
IRAS	1	3
EDAS	0	0
IsVsUs	0	0
ULCERAS Y GASTRITIS	0	0
CARIES	0	0
OBESIDAD	16	52
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	25	81
DIABETES	11	35
DISLIPIDEMIAS	3	10
DEPRESIÓN	8	26
OTRAS	2	6
TOTAL	31	100



Fuente: Cédulas de diagnóstico de salud aplicadas en la Clínica Geriátrica Coyoacán, 2025.

forma específica, la hipertensión arterial destaca como la patología más prevalente, con una incidencia del 80.65% (25 pacientes), lo que concuerda con las estadísticas nacionales que identifican a esta enfermedad como uno de los principales problemas de salud en adultos mayores.

Le siguen la obesidad con 51.61% (16 pacientes) y la diabetes mellitus tipo 2 con 35.48% (11 pacientes), condiciones que frecuentemente coexisten y que representan un importante factor de riesgo para complicaciones cardiovasculares, renales y metabólicas.

Asimismo, se registraron casos de depresión en el 25.81% (8 pacientes), lo que subraya la necesidad de una atención integral que no solo contemple las patologías físicas, sino también la salud mental, especialmente en un grupo vulnerable como el geriátrico. Las dislipidemias se identificaron en el 9.68% (3 pacientes), lo cual podría estar subestimado si consideramos que esta condición requiere estudios de laboratorio para su diagnóstico y seguimiento.

Por otro lado, los padecimientos agudos como infecciones respiratorias agudas (IRAS) apenas representaron un 3.23% (1 paciente), mientras que no se registraron episodios de enfermedades diarreicas agudas (EDAS), infecciones de vías urinarias (IsVsUs), úlceras gástricas o caries en el último año. Esta baja incidencia de enfermedades infecciosas o agudas es un indicador positivo del modelo de atención implementado en la clínica, el cual está enfocado principalmente en acciones preventivas, control de crónicos y promoción de la salud, minimizando la aparición de cuadros

agudos. En este contexto, el perfil epidemiológico de los pacientes encuestados resalta la necesidad de continuar con un enfoque proactivo y preventivo, reforzando programas de control de hipertensión, obesidad y diabetes, así como intervenciones para la salud mental y la educación en estilos de vida saludables.

17. Análisis de resultados.

El diagnóstico realizado a la población adulta mayor adscrita a una clínica geriátrica en la Ciudad de México permite identificar elementos clave sobre su estado de salud y condiciones sociales. Se observó una mayoría femenina, con historias laborales limitadas al hogar, y un alto porcentaje de pacientes pensionados o dependientes de apoyos gubernamentales lo que refleja una situación económica precaria, derivada del acceso limitado a educación formal y empleo con prestaciones. A pesar de que más de la mitad cuenta con derechohabiencia en instituciones como el IMSS, se identificó una preferencia clara por acudir a la clínica geriátrica, lo cual podría explicarse por el modelo de atención enfocado en el adulto mayor, a diferencia de las unidades de medicina familiar tradicionales.

En cuanto a salud bucal, predominan los casos de pérdida dental parcial o total, aunque el acceso continuo a servicios de estomatología dentro de la clínica favorece un adecuado seguimiento e implementación de estrategias de prevención. Las viviendas reportadas cuentan mayoritariamente con servicios básicos pero en algunos casos se observaron factores como escasa ventilación o aislamiento, que, en presencia de pluripatología, podrían aumentar el riesgo de deterioro funcional o demencia. Asimismo, los hábitos alimentarios mostraron un consumo moderado de ultraprocesados y adición frecuente de azúcares y grasas, aunque con señales de mejora posiblemente asociadas a la orientación nutricional que reciben los pacientes.

La totalidad de los pacientes cuenta con Cartilla Nacional de Vacunación, sin embargo, menos de la mitad tiene esquemas completos considerando la vacuna COVID-19 como parte del esquema del adulto mayor de acuerdo con recomendaciones técnicas aunque no están integradas por normas. En temas preventivos, persiste una baja cobertura de tamizajes oncológicos por criterios de edad aunque algunos pacientes continúan solicitándolos en servicios privados, lo cual señala la necesidad de fortalecer la educación en salud respecto a estas pruebas.

A nivel psicosocial, predominan las familias nucleares y extensas pero se identificaron varios casos de violencia, especialmente psicológica y económica que fueron canalizados oportunamente. Este tipo de situaciones, así como los bajos ingresos y la soledad, representan riesgos relevantes para la calidad de vida. A pesar de ello, más del 80% de los pacientes acuden a la clínica con alta frecuencia, lo cual no solo favorece el seguimiento de enfermedades crónicas, sino que también el seguimiento multidisciplinario dentro de la clínica. En cuanto a morbilidad, las enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y artrosis son las más frecuentes, mientras que los padecimientos agudos tienden a ser atendidos en unidades externas con acceso por demanda.

En resumen, el perfil geriátrico evaluado muestra una elevada carga de enfermedad crónica, condiciones socioeconómicas limitantes, pero también una importante apropiación del modelo de atención integral que permite intervenciones preventivas, psicosociales y educativas de forma continua, con impacto potencial en la calidad de vida y envejecimiento saludable.

18. Conclusiones y recomendaciones.

El presente diagnóstico de salud evidenció las características sociodemográficas, clínicas y funcionales; La mayoría de los pacientes corresponde a mujeres con trayectorias laborales no formales y bajos ingresos, lo que refleja una realidad estructural que afecta el acceso a servicios y la calidad de vida en la vejez. Pese a contar con afiliación institucional a servicios de salud como IMSS, ISSSTE, una proporción significativa de estos adultos mayores prefiere atenderse en la clínica geriátrica. Esto se atribuye al modelo que ofrece de atención continua, multidisciplinaria y centrada en el adulto mayor, con énfasis en la dignidad, la calidez y el abordaje específico de los padecimientos propios del envejecimiento.

En el análisis de enfermedades, se confirma la carga predominante de padecimientos, en particular hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades músculo-esqueléticas. Se identificó también una alta frecuencia de consultas por parte de los pacientes, quienes en muchos casos acuden semanalmente a la unidad no sólo por necesidad médica, sino también como parte de sus redes de apoyo y socialización. Este patrón de asistencia frecuente refleja tanto la confianza generada en el equipo de salud como el impacto positivo del modelo de atención centrado en la prevención, el autocuidado y el envejecimiento activo.

Las condiciones de vivienda, acceso a servicios y participación en actividades recreativas son, en general, favorables. Sin embargo, subsisten factores de vulnerabilidad asociados al aislamiento social y al bajo ingreso familiar que condiciona su autonomía. Estos elementos deben ser considerados estratégicamente en las políticas públicas y en la planeación de intervenciones focalizadas.

Recomendaciones:

1. Replicar y escalar el modelo de atención geriátrica integral observado en esta unidad clínica hacia otros espacios del sistema de salud, tanto en el primer nivel como en instituciones de seguridad social, ayudaría a una alta adherencia y preferencia de los pacientes por este tipo de atención, evidenciando que este enfoque no solo es efectivo desde el punto de vista clínico, sino que representa un modelo más humano, empático y adaptado al grupo etario.
2. Fortalecer la formación y sensibilización del personal de salud en torno al envejecimiento y sus particularidades clínicas, sociales y emocionales, para asegurar que en todas las unidades se ofrezca atención diferenciada, digna y centrada en las necesidades del adulto mayor.
3. Garantizar el acceso sostenido a intervenciones preventivas como vacunación, tamizajes, seguimiento metabólico y programas de promoción de la salud, con protocolos actualizados y orientados más a la edad funcional que cronológica.
4. Impulsar estrategias de protección social y económica, especialmente para mujeres mayores sin pensión o que dependan exclusivamente de programas gubernamentales, reforzando el acompañamiento desde trabajo social, psicología y nutrición.
5. Diseñar programas comunitarios de apoyo psicosocial y gerontológico, fomentando redes de cuidado, espacios de recreación y entornos accesibles que favorezcan la inclusión, la autonomía y el envejecimiento saludable.

19. Bibliografía.

1. Organización Mundial de la Salud, & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1978). Declaración de Alma-Ata: Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978.
<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978-Declaracion.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. (2018). Declaración de Astaná: Conferencia mundial sobre atención primaria de salud, Astaná (Kazajistán), 25 y 26 de octubre de 2018.
<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
3. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2002). Ley de los derechos de las personas adultas mayores.
https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/ninez_familia/material/ley-derechos-adultos-mayores.pdf
4. Secretaría de Salud. (2012, 13 de septiembre). Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Diario Oficial de la Federación.
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/35896/NOM-031-SSA3-2012.pdf>
5. World Health Organization. (2019). Guidance on person-centred assessment and pathways in primary care: Integrated care for older people (ICOPE) (WHO-FWC-ALC-19.1). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-eng.pdf>
6. Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México. (2023). Guía metodológica para la elaboración del diagnóstico de salud: Pasantes en servicio social de las carreras de medicina, enfermería, odontología y afines a la salud. Dirección General de Salud Pública, Área de Enseñanza.
7. Agencia Digital de Innovación Pública. (2023, 20 de febrero). AGEB urbanas (Áreas geoestadísticas básicas urbanas) [Conjunto de datos].
<https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/ageb-urbanas-areas-geoestadisticas-basicas-urbanas>
8. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2022). Informe de pobreza y evaluación 2022: Ciudad de México [Informe].
https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_pobreza_evaluacion_2022/Ciudad_de_Mexico.pdf
9. Comisión Nacional del Agua. (2023). Atlas de riesgo hídrico y climático. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/conagua>
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Compendio de información geográfica municipal 2010: Coyoacán, Distrito Federal. INEGI.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/09/09003.pdf
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). División geoestadística, coordenadas geográficas y altitud de las demarcaciones territoriales: Cuadro 1.2, Ciudad de México.
https://www.inegi.org.mx/app/cuadroentidad/CDMX/2023/01/1_2
12. Alcaldía Coyoacán. (2018). Programa provisional de gobierno de la Alcaldía Coyoacán 2018–2021. Gobierno de la Ciudad de México.
https://www.coyoacan.cdmx.gob.mx/docs/programa_provisional_gobierno.pdf
13. Secretaría de Salud. (2012, 28 de septiembre). Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides,

faboterápicos e inmunoglobulinas. Diario Oficial de la Federación.

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5270654&fecha=28/09/2012

14. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). Índice de rezago social 2020. CONEVAL.
15. Dirección de la Clínica Geriátrica Coyoacán. (2025). Documentos institucionales internos y organigrama. Clínica Geriátrica Coyoacán.
16. Google LLC. (2025). Google Maps®: Localización de la Clínica Geriátrica Coyoacán.
<https://maps.google.com>
17. IMSS-BIENESTAR. (2024). Misión y visión institucional de los Servicios Públicos de Salud IMSS-BIENESTAR. Gobierno de México.

Anexos

Anexo 1 Cuestionario de aplicación para llenado de cédulas diagnósticas.

CEDULA DE DIAGNOSTICO DE SALUD

EXPEDIENTE: _____

Nombres: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DATOS GENERALES

Escolaridad:	
Estado civil:	
Religión:	
Ocupación:	
Acceso a servicios de salud:	IMSS / ISSSTE / SEMAR / IMSS BIENESTAR OTRO: _____
Vacunas aplicadas	Neumocócica polisacárida Tetanos influenza estacional (en los últimos 12 meses) COVID (en los últimos 12 meses) OTRAS cual: _____
Hace cuanto tiempo acudió al dentista?	En los últimos 3 meses en los últimos 8 meses en el último año nunca
Acude al dentista en esta Clínica?	Si / no por qué? _____

Datos de la vivienda

Tipo de vivienda: _____ propia / prestada / rentada
 cuantas personas viven en su casa: _____
 cuantas habitaciones tiene: _____
 numero de ventanas por habitación: _____
 tipo de materiales con los que está construida su vivienda? _____

¿Su vivienda cuenta con las siguientes características?		
Agua potable	Si/ NO	
Tipo de agua que consume	Hervida Clorada Filtrada Embotellada otro	Especifique:
Drenaje	Si / NO	
Estufa	Si / NO	
Refrigerador	Si / NO	
Gas	Si / NO	
Luz eléctrica	Si / NO	
Internet	Si / NO	
Teléfono	Si / NO	
Mascotas	Si / NO VACUNADOS? SI /NO	¿Cuántos? _____

Donde tira la basura	Contenedor / calle/ rio / quema o entierra	¿Cuántos días a la semana deshecha su basura? _____
Cerca de su domicilio hay....		
Mercado(s)		SI / NO
Parque(s)		SI / NO
Escuela(s)		SI / NO
Espacios artísticos		SI / NO
Servicios de salud		SI / NO
Establos o chiqueros		SI / NO
Basureros a cielo abierto		SI / NO
Aguas estancadas		SI / NO
Fábricas o talleres con emisiones contaminantes		SI / NO
Gasolineras		SI / NO
Cucarachas		SI / NO
Moscas		SI / NO
Ratas/ratones		SI / NO
Animales ponzoñosos		SI / NO

CUANTAS VECES A LA SEMANA CONSUME LOS SIGUIENTES ALIMENTOS

Cereales	
Leguminosas	
Verduras	
Frutas	
Huevos	
Carnes rojas	
Carnes blancas	
Lácteos	
Embutidos (Salchichas o jamones)	
Bebidas azucaradas (refrescos, jugos, leches y yogurt)	
Galletas y panes industrializados	
Botanas (papas fritas, chicharrones y derivados)	
Comida rápida (pizza, hamburguesa, nuggets, etc.)	
Alimentos instantáneos (ejemplo sopa maruchan)	
Agrega a los alimentos aceite, manteca o margarina	SI / NO
Agrega sal a los alimentos (ya preparados)	SI / NO
Agrega azúcar a los alimentos (ya preparados)	SI / NO

DINAMICA DEL HOGAR

"La información recabada es confidencial y será utilizada exclusivamente con fines estadísticos."

Con quien habita: Familia Nuclear / otros familiares / Amigos / Solo

A sufrido violencia en su hogar? SI / NO

de que tipo? Física / psicología/ sexual/ económica/ abandono

Ingreso económico Familiar promedio (Mensual): _____

SERVICIOS Y PERCEPCION DE SALUD

¿TIENE TIEMPO PARA LA RECREACIÓN? SI / NO

En caso de que su respuesta fue "SI" indique que actividades realiza:

a.	Ejercicio	
b.	Parque	
c.	Artes (cine, lectura, teatro)	
d.	T.V.	
e.	Videojuegos	
f.	Otro	

PARTICIPA EN GRUPOS SOCIALES? SI / NO

DE QUE TIPO?

a.	De servicio comunitario	
b.	Religioso	
c.	Autoayuda	
d.	Otros	

¿CUANTAS VECES AL AÑO ACUDE A LA CLINICA? _____

¿Como considera el trato en la clínica? Amable / indiferente / agresivo

Le dan resolución a sus problemas de salud? Siempre / ocasionalmente / nunca

fuma? si / no

ingiera bebidas alcohólicas? si / no

¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD? SI / NO de que tipo? _____

¿Ha habido defunciones de familiares o amigos en el último año? SI / NO

¿Cuantos? _____

¿Ha recibido atención de nutrición? Si/no

Recibió orientación sobre la menopausia / andropausia	SI / NO
Aun se realiza mastografía cada 2 años	SI / NO
Aun se realiza papanicolaou cada 3 años	SI / NO
Se realiza prueba de antígeno prostático cada 2 años	SI / NO
Realiza su exploración mamaria al menos cada 2 años	SI / NO

Declaro que he sido informado(a) sobre el propósito de este cuestionario y autorizo de manera voluntaria el uso de la información proporcionada únicamente con fines estadísticos y de diagnóstico comunitario, garantizando la confidencialidad de mis datos.

Firma:

Anexo 2 Cédulas diagnósticas

				1. FEMENINO 2. MASCULINO 3. OTRO	1. ANALFABETA 2. SABE LEER Y ESCRIBIR 3. PREESCOLAR 4. PRIMARIA 4. EDUCACION ESPECIAL 5. SECUNDARIA 6. BACHILLERATO 7. CARRERA TÉCNICA 8. LICENCIATURA	1. SOLTERO 2. CASADO 3. EN UNIÓN LIBRE 4. SEPARADO 5. DIVORCIADO 6. VIUDO 7. VIUDA 8. DESEMPLEADO 9. > 18 AÑOS 10. TRABAJO POR Cuenta 11. TRABAJADORA ORIENTADA 12. MENOR DE 18 AÑOS	1. SECRETARÍA DE SALUD 2. JMS 3. SSSTE 4. PEMEX 5. MARINA 6. SEDENA 7. SEGURO MÉDICO 8. OTROS	1. SI 2. NO	1. NEUMOCÓ 2. POLISACÁRIDO 3. INFLUENZA 4. OTROS VACUNAS	1. CEPILLO DENTAL 2. HILO DENTAL 3. APLICACIÓN 4. NINGUNA	1. UNA VEZ 2. DOS VECES 3. TRES VECES 4. NINGUNA	1. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES 2. EN LOS ÚLTIMOS 8 MESES 3. EN EL ÚLTIMO AÑO 4. NUNCA
2299	1	Vera Granados Alejandra	64	1	1	7	3	1	1, 1, 3	1	1	4
4966	2	Ramos Cruz Beatriz Apolonia	73	1	1	5	7	1	1, 1, 3	1, 2	1	1
4817	3	Mexia Hernandez Maria Dolores	72	1	1	7	7	2	1, 3, 4	1	2	1
709	4	Diaz Rincon Emma	73	1	1	8	7	1	1, 2, 3, 4	1	1	1
3523	5	Sanchez Martinez Ines	82	1	1	6	7	3	1, 1, 2	1, 2, 3	1	2
2980	6	Martinez Padilla Margarita	74	1	1	4	7	1	1, 2, 3	1, 2	1	1
149	7	Farias Diaz Enrique	76	2	2	7	5	3	1, 2, 3	1	1	4
2559	8	Reyes Moran Martha	65	1	1	7	7	1	1, 2, 3	1	1	1
514	9	Garcia Garcia Maricela	69	1	1	6	7	2	1, 2, 4	1, 2	1	1
4675	10	Canarrubias Mascott Martha Patricia	63	1	1	8	7	1	2	1	4	3
2851	11	Palma Garrea Antonio Higinio	78	2	2	5	5	2	1, 1, 2, 3, 4	1	1	1

			1.FEMENINO 2.MASCULINO	1.FEMENINO 2.MASCULINO 3.OTRA	1.ANALFABETA 2.SABER ESCRIBIR 3.PREESCOLAR 4.PRIMARIA 4.EDUCACION ESPECIAL 5.SECUNDARIA 6.BACHILLERATO 7.CARRERA TECNICA 8.LICENCIATURA	1.SOLTERO(O) 2.CASADO(O) 3.EN UNION LIBRE 4.SEPARADO(O) 5.DIVORCIADO(O) 7.VIUDO(O)	1.OBRERO(O) 2.EMPLEADO(O) 3.COMERCIANTE 4.CAMPESINO(O) 5.JUBILADO(O) 6.ESTUDIANTE 7.HOGAR 8.DESEMPLEADO(O) > 18 AÑOS 9.TRABAJO POR MUESTRA 10.TRABAJADORA(OR) INFANTIL < 12	1.SECRETARIA DE SALUD 2.IMSS 3.ISSSTE 4.PEMEX 5.MARINA 6.SEDENA 7.SEGURO MEDICO 8.OTRO(S)	1.SI 2.NO	1.NEUMOCÓCICA 2.POLISACÁRIDO 3.INFLUENZA 4.OTRAS VACUNAS	1.CEPILLO DENTAL 2.HILO DENTAL 3.APLICACIÓN DE COLUTORIO S/ENJUAGUE	1.UNA VEZ 2.DOS VECES 3.TRES VECES 4.NINGUNA	1.EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES 2.EN LOS ÚLTIMOS 8 MESES 3.EN EL ÚLTIMO AÑO 4.NUNCA	
4909	12	Morales Rodriguez Jose Luis	2	2	8	2	5	2	1	1,2,3		1	3	1
4142	13	García Soteno Estela	1	1	4	1	3	1	1	1,2		4	4	4
4431	14	Reyes Alvarez María Guadalupe	1	1	6	1	7	1	1	1,2,3,4	1,2,3		3	1
2413	15	Martin Rivera Jimenez	2	2	4	7	7	1	1		3	1	2	3
1624	16	Gomez Mendez Rosa Ernestina	1	1	7	5	7	2	2	1,2,3		1	2	3
2971	17	Lugo Guzman Asuncion Araceli	1	1	5	7	7	1	1	1,2,3,4		1	1	1
385	18	Aguilar Torres Isaura	1	1	4	7	7	2	2	1,2,3,4		1	1	1
658	19	Cisneros Ibarra Rosa María	1	1	4	1	7	2	1	1,2,3,4		1	2	4
1222	20	García Avila Reina	1	1	5	2	7	3	1	2,3,4		1	2	1
4997	21	Reyes Gomez Ofelia	1	1	5	2	7	1	2		1,3		1	2
4616	22	Rodriguez Franco Elvira	1	1	4	7	7	1	1	1,2,3,4	1	1	2	4
5005	23	García Rubio María Santos	1	1	2	1	7	1	1		1,3		2	1
5026	24	Salvador Moysen Norma	1	1	8	1	7	1	1		3,1,2,3		3	1
995	25	Santiago Contreras Lucía	1	1	4	7	7	2,3	1	1,2		1	2	1
599	26	Rodríguez Muñoz Jose de Jesus	2	2	8	7	5	2	1		3,1,2,3		2	1
1970	27	ALMERAYA ESPINOSA MA DOLORES	1	1	4	2	7	2	1	1,2,3,4		1	1	1
4014	28	Magaña Guzman Mario	2	2	4	2	9	1	1	1,2		1	1	1
2789	29	Arnulfo Rogelio Castro	2	2	5	7	5	2	2	1,3,4		1	2	3
2499	30	Rosiles Rosa María	1	1	6	7	7	2	1	1,2	1,3		2	2
5050	31	Rodríguez Gutierrez Paz	1	1	4	1	8	1	1	1,2,3,4		1	2	1

		1. ACUDE A UNIDADES DE SALUD 2 VECES AL AÑO 2. ORIENTACIÓN ALIMENTARIA 3. EVALUACIÓN Y VIGILANCIA NUTRICIONAL 4. ACTIVIDAD FÍSICA 5. ORIENTACIÓN MENOPAUSIA / ANDROPAUSIA 6. EXPLORACIÓN MAMARIA CADA 2 AÑOS 7. MASTOGRAFÍA CADA 2 AÑOS 8. CITOLOGÍA CERVICO UTERINA CADA 3 AÑOS 9. EXPLORACIÓN DE PRÓSTATA CADA 2 AÑOS 10. ANTIGENO PROSTÁTICO CADA 2 AÑOS 11. DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL 2 VECES AL AÑO 12. DETECCIÓN DE DIABETES MELLITUS 2 VECES AL AÑO 13. DETECCIÓN DE DISLIPIDEMIAS 2 VECES AL AÑO	1. TABAQUISMO 2. ALCOHOLISMO 3. OTRAS DROGAS 4. TELEVISIÓN/VIDEOJUEGOS 5. REFRESCOS/COMIDA CHATARRA 6. OTRAS	1. VISUAL 2. AUDITIVA 3. LENGUAJE 4. MOTORA 5. MENTAL 6. NINGUNA	1. LIRAS 2. EDAS 3. IS/SUS 4. ULCERAS y GASTRITIS 5. CARIES 6. OBESIDAD 7. HIPERTENSIÓN ARTERIAL 8. DIABETES 9. DISLIPIDEMIAS 10. DEPRESIÓN 11. OTROS
1	Vera Granados Alejandra	1,2,3,4,5,6,11,12,13			7
2	Ramos Cruz Beatriz Apolonia	1,2,3,4,6,11,12,13			7, 8, 10, 11
3	Mexia Hernandez Maria Dolores	1,2,3,4,5,12,13			8, 10,
4	Diaz Rincon Emma	1,2,3,4,5,12,13			6,7,8,9,10
5	Sanchez Martinez Ines	1,2,3,11			2, 6 7
6	Martinez Padilla Margarita	1,2,3,11,12			1,6,7
7	Farias Diaz Enrique	1,2,3,4,10,11,12,13			7
8	Reyes Moran Martha	1,2,3,4,5,6,7,8,11,12,13			7
9	Garcia Garcia Maricela	1,6,7,11,12			11
10	Cavarrubias Mascott Martha Patricia	1,2,3,4,6,7,8,11,12			7,8, 9, 11
11	Palma Carrera Antonio Higinio	1,2,3,4,10,11,12,13			7, 11
12	Morales Rodriguez Jose Luis	1,2,3,4,10,11,12,13			8,9
13	Garcia Soteno Estela	1,2,3,4,11,12,13	1		7
14	Reyes Alvarez Maria Guadalupe	1,11,12			11
15	Martin Rivera Jimenez	1,2,3,4,10,11,12,13			6,7,8,9,10
16	Gomez Mendez Rosa Ernestina	1,2,3,4,6,11,12,13,			10,6,7
17	Lugo Guzman Asuncion Araceli	1,2,3,7,8,11,12,13			8,6,7
18	Aguilar Torres Isaura	1,2,3,4,11,12,,13			6,7,10
19	Cisneros Ibarra Rosa Maria	1,2,3,4,11,12			7
20	Garcia Avila Reina	1,4,11,12			7,6
21	Reyes Gomez Ofelia	1,2,3,4,6,7,8,11,12,13			6,7

		1. ACUDE A UNIDADES DE SALUD 2 VECES AL AÑO 2. ORIENTACIÓN ALIMENTARIA 3. EVALUACIÓN Y VIGILANCIA NUTRICIONAL 4. ACTIVIDAD FÍSICA 5. ORIENTACIÓN MENOPAUSIA / ANDROPUSIA 6. EXPLORACIÓN MAMARIA CADA 2 AÑOS 7. MASTOGRAFÍA CADA 2 AÑOS 8. CITOLOGÍA CERVICO UTERINA CADA 3 AÑOS 9. EXPLORACIÓN DE PRÓSTATA CADA 2 AÑOS 10. ANTIGENO PROSTÁTICO CADA 2 AÑOS 11. DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL 2 VECES AL AÑO 12. DETECCIÓN DE DIABETES MELLITUS 2 VECES AL AÑO 13. DETECCIÓN DE DISLIPIDEMIAS 2 VECES AL AÑO	1. TABAQUISMO 2. ALCOHOLISMO 3. OTRAS DROGAS 4. TELEVISION/VIDEOJUEGOS 5. REFRESCOS/COMIDA CHATARRA 6. OTRAS	1. VISUAL 2. AUDITIVA 3. LENGUAJE 4. MOTORA 5. MENTAL 6. NINGUNA	1. IRAS 2. EDAS 3. IS/SUS 4. ULCERAS y GASTRITIS 5. CARIES 6. OBESIDAD 7. HIPERTENSIÓN ARTERIAL 8. DIABETES 9. DISLIPIDEMIAS 10. DEPRESIÓN 11. OTROS
21	Reyes Gomez Ofelia	1,2,3,4,6,7,8,11,12,13			6,7
22	Rodriguez Franco Elvira	1,2,3,4,5,6,8,11,12,13		4	7
23	Garcia Rubio Maria Santos	1,2,3,4,7,8,11,12,13			6,7
24	Salvador Moysen Norma	1,2,3,11,12,13		4	8,10
25	Santiago Contreras Lucia	1,2,3,4,6,11,12,13,	1		6,7,10
26	Rodriguez Muñoz Jose de Jesus	1,2,3,4,10,11,12,13			6,7,8,10
27	ALMERAYA ESPINOSA MA DOLORES EVA	1,6,7,8,11,12,13			6,7,8
28	Magaña Guzman Mario	1,2,3,5,10,11,12,13			6,8
29	Arnulfo Rogelio Castro	1,2,3,4,5,10,11,12,13			6,7,10
30	Rosiles Rosa Maria	1,2,3,4,5,6,7,11,12,13			6,7
31	Rodriguez Gutierrez Paz	1,4,11,12			11

1. HABITANTES, CUARTOS Y VENTANAS

1.1. Numero de habitantes	1	2	3	4	>5
1. ¿Cuántas personas habitan en esta vivienda?	8	8	5	6	4
2. ¿Cuántas habitaciones?	1	9	16	2	3
3. Número de ventanas por habitación	20	7	2	1	1

1.2. Tenencia de la Vivienda

1. Propia	26
2. Rentada	3
3. Compartida con otra familia	
4. Otra	2

1.3.- Materiales de Construcción

1. Materiales temporales	
2. Materiales definitivos	31
3. Materiales mixtos	
4. Suelo de tierra	
5. Suelo de cemento	

2. DISPOSICION DE AGUA EN LA COMUNIDAD

1. Llave intradomiciliaria	31
2. Hidrante público	
3. Pipa	

3. DISPOSICION DE AGUA EN LA VIVIENDA

3.1. Almacenamiento	
1. Tinaco	20
2. Cisterna	2
3. Pileta	
4. Tinaco	
5. Recipiente cerrado	6
6. Recipiente abierto	1
3.2. Tratamiento para	
1. Hervida	2
2. Clorada	2
3. Filtrada	5
4. Embotellada	22
5. Ninguno	

4. COMBUSTIBLES UTILIZADOS

1. Gas	31
2. Parrilla eléctrica	
3. Leña y/o carbón	

5. SANEAMIENTO BÁSICO

5.1. Eliminación de basura

1. Depósito o contenedor	31
2. Calle o baldío	
3. Canal o río	
4. Quema o entierra	

5.2 Frecuencia de la eliminación de basura

1. Diario	12
2. Una vez por semana	19
3. Cada dos semanas	

6. ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

1. Baño	31
2. Letrina	
3. Ras del suelo	
4. Otros	

7. CONVIVENCIA CON ANIMALES DOMÉSTICOS

1. Perros	13
2. Gatos	4
3. Cerdos, vacas o caballos	
4. Aves de corral	
5. Otros	
6. Ninguno	15

8. FAUNA NOCIVA

1. Cucarachas	16
2. Moscas	14
3. Ratas/ratones	8
4. Animales donzñosos	6
5. Ninguna	9

9. FRECUENCIA DE ALIMENTOS CONSUMIDOS POR SEMANA

	0	1	2	3	4	5	6	7
1. Cereales		4	10	7	2	3	1	4
2. Leguminosas	2	3	4	11	3	3	1	4
3. Verduras	1	3	7	6	2	2	1	9
4. Frutas		1	5	3	3	1		18
5. Huevos	1	3	3	8	1		3	12
6. Carnes rojas	4	13	6	2	3	1		2
4. Carnes blancas	1	4	8	5	6	2	3	2
5.- Lácteos	3	2	2	2			2	20
6.- Agrega a los alimentos aceite, manteca o margarina	6	25						
8.- Agrega sal a los alimentos ya preparados	25	6						
9.- Agrega azúcar a los alimentos ya preparados	29	2						

10. CONSUMO DE ALIMENTOS III. EMPROCESADOS

	0	1	2	3	4	5	6	7
1. Bebidas azucaradas (refrescos, jugos, leches y yogurt)	16	4	5	2	1		1	2
2. Galletas y panes		8	9	3	5		1	5
3. Botanas (papas fritas, dulces, etc.)	16	9	2	3				1
4. Comida rápida (pizza, hamburguesas, quesadillas, etc.)	18	8	4	1				
5. Alimentos instantáneos (ejemplo sopa maruchan)	25	4	1		1			
5. Embutidos (salchichas o jamones)	16	5	5	2		2	1	

11. CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS

1. Cuenta con Refrigerador	31
2. No cuenta con refrigerador	
3. Otro medio	

E. ENTORNO DE LA VIVIENDA

12. PREVENCIÓN DE RABIA	no
1. Perros	13
2. Gatos	3
3. Otros	

13. RIESGOS AMBIENTALES

1. Establos o chiqueros	1
2. Basureros a cielo abierto	3
3. Aguas estancadas	3
4. Fábricas o talleres con emisiones contaminantes	5
5. Gasolineras	8
6. Otros	

14. ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS

1. Agua entubada	31
2. Drenaje	31
3. Camión recolector de basura	31
4.- Gas	31
5.- Luz eléctrica	31
6. Teléfono	28
7. Internet	24

15. RIESGOS SOCIO - SANITARIOS

1. Narcomenudeo	
2. Prostitución	
3. Venta de Alcohol	21
4. Otro	

F. DINÁMICA FAMILIAR**16. TIPO DE FAMILIA**

1. Nuclear	19
2. Extensa	3
3. Compuesta	
4. Otra	

17. RELIGIÓN QUE PROFESA

1. Católica	25
2. Protestante	
3. Testigo de Jehová	1
4. Otra	3
5. Ateo	2

18. TIPO DE VIOLENCIA FAMILIAR

1. Física	5
2. Psicológica	5
3. Sexual	
4. Económica	3
5.- Abandono	
6.- Otro	

19. INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR

1. menos de \$5,200 pesos al mes	18
2. De \$5,200 a \$10,400 pesos al mes	7
3. De 10,400 a \$15,600 pesos al mes	4
4. Más de \$15,600 pesos al mes	2

20. TIENE TIEMPO PARA LA RECREACIÓN

1. Si	31
a. Ejercicio	25
b. Parque	13
c. Artes (cine, lectura, teatro)	19
d. T.V.	26
e. Videojuegos	1
f. Otro	2
2. no	1

21. PARTICIPACION EN GRUPOS SOCIALES

1. Si	15
a. De servicio comunitario	4
b. Religioso	5
c. Autoayuda	5
d. Otros	6
2. no	16

G. ACCESO A SERVICIOS**22. Acceso a derechos**

1. Mercado(s)	27
2. Parque(s)	28
3. Escuela(s)	30
4. Espacios artísticos	15
5. Servicios de salud	26

23. ASISTENCIA AL CENTRO DE SALUD

	1 a 2	3 a 12	13 a 24	>24
1. Frecuentemente (número de veces al año)		9	2	18
2. Ocasionalmente				
3. Nunca				

24. TRATO QUE HA RECIBIDO

1. Amable	31
2. Indiferente	
3. Agresivo	

25. RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS

1. Siempre	27
2. Ocasionalmente	4
3. Nunca	

Archivo 1 - Cédulas de diagnostico de salud

Archivo 2 - Cuadros de salida

Realizado por:
Carlos Eduardo Ramos Sandoval