



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM - X)

División de ciencias biológicas y de la salud

Departamento de atención a la salud

Licenciatura en Medicina

Frida Beatriz Fragoso Sanabria

Medico pasante del servicio social de la licenciatura en medicina

Promoción agosto 2025 – julio 2026

Proyecto: Diagnóstico de salud del C.S.T III Dr. José Castro Villagrana delegación
Tlalpan

Asesoras internas:

Dra. Alejandra Gasca García

Dra. Daniela Fernández Alvarado

Índice

Introducción	5
Diagnóstico integral de salud poblacional	5
¿Cuáles son los principios que rigen un diagnóstico de salud?	5
Tipos de diagnóstico de salud	6
Marco teórico	7
Localización estatal y municipal	7
Características geográficas y urbanas	9
Topografía y cuerpos de agua de Tlalpan	8
Clima de Tlalpan	10
Características del medio social y ambiental	11
Estructura poblacional de la alcaldía Tlalpan según sexo y grupos etarios	12
Pirámide poblacional del Centro de Salud Tipo III Doctor José Castro Villagrana	13
Migración	14
Natalidad (nacimientos registrados)	15
Fecundidad y mortalidad en Tlalpan	15
Defunciones ocurridas y principales causas de mortalidad	17
Determinantes sociales	18
Servicios urbanos de vivienda	18
Escolaridad en la población	19
Tasa de analfabetismo promedio	20
Abandono/deserción escolar	20

Actividades laborales	21
Acceso a la alimentación	22
Cultura	23
Zonas culturales	23
Violencia	24
Violencia en el entorno familiar en hogares	25
Adicciones	26
Embarazo adolescente	26
Otros recursos para la atención de salud	28
Instituciones de salud en la zona de Tlalpan	28
Justificación	29
Objetivos	30
Objetivo general	30
Objetivos específicos	30
Metodología	30
Población	30
Muestra	30
Criterios de inclusión y exclusión	31
Variables	32
Recolección de datos	33
Resultados	33
Priorización de problemas de salud mediante el método de Hanlon	46
Discusión	47
Conclusión	48

Intervención	49
Metodología de la intervención	50
Diseño de la intervención	51
Resultados de la intervención	53
Discusión de la intervención	57
Conclusión	59
Anexos	60
Referencias	70

Introducción

El diagnóstico integral de salud poblacional es un proceso propio de la salud pública que analiza las condiciones de salud de una población definida con el fin de identificar sus principales problemas y proponer alternativas viables de atención, por lo cual, en la práctica, esta herramienta orienta la planeación de acciones e intervenciones, ya que permite diseñar programas acordes con las necesidades y demandas reales de la comunidad.^{1,2}

Este diagnóstico se sustenta en principios como la objetividad, la visión integral, la organización sistemática de la información, el trabajo interdisciplinario y la participación activa de la población.^{1,2}

Objetividad: implica que la información recolectada y analizada debe ser verídica, por eso, los datos se obtienen de sistemas de información en salud y se respaldan en fuentes verificables, evitando interpretaciones subjetivas.²

Integridad: las personas que acuden a los servicios de salud están expuestas a factores biológicos, genéticos, sociales y ambientales que influyen en su estado de salud, considero integral al diagnóstico cuando analiza en conjunto estos determinantes y su relación con el proceso salud enfermedad.²

Sistematicidad: requiere un procedimiento estructurado para recolectar, procesar y analizar la información de forma lógica y coherente, esto se logra al delimitar la población de estudio, seleccionar instrumentos de medición, definir métodos para la obtención de datos y prever los recursos humanos y materiales necesarios.³

Interdisciplinariedad: supone integrar conocimientos de distintas profesiones del área de la salud, así como de las ciencias sociales y ambientales, para elaborar un diagnóstico con mayor alcance.⁴

Participación social: La OPS define la participación social en salud como un proceso fundamental para el bienestar y el desarrollo, a través de este, distintos grupos sociales colaboran en todos los niveles de toma de decisiones en la identificación de necesidades y problemas de salud, esto incluye formar alianzas para diseñar, evaluar e implementar soluciones, ajustándose conforme cambian las condiciones.⁵ En este sentido, incorporar la

voz de la comunidad es clave para reconocer necesidades reales y fortalecer las intervenciones sanitarias.⁴

El diagnóstico de salud puede abordarse desde tres enfoques, según la función que se busque cumplir: administrativo, estratégico e ideológico, el enfoque administrativo se centra en evaluar el uso y la eficiencia de los recursos destinados a la atención, considera condiciones de marginación, calidad de los servicios, disponibilidad y suficiencia de insumos, así como los resultados derivados de su aplicación, el enfoque estratégico tiene como propósito identificar y jerarquizar áreas de oportunidad con base en necesidades derivadas del proceso salud–enfermedad, en términos generales, analiza este proceso en una población específica y, desde la perspectiva epidemiológica, permite estimar riesgos de enfermar o adquirir ciertas patologías en grupos definidos.⁵ Finalmente, el enfoque ideológico aborda los servicios de salud desde una dimensión social y cualitativa, considera accesibilidad, equidad, calidad e igualdad en la prestación, y funciona como un recurso epidemiológico para sustentar y validar percepciones, experiencias y opiniones de las y los usuarios sobre el funcionamiento de los servicios.⁵

Por su parte, el perfil de morbilidad y los motivos de atención se refieren a la caracterización y análisis epidemiológico de las principales causas de enfermedad en una población específica durante un periodo determinado, también incluyen el examen de los motivos de consulta y de atención en salud, que no se limitan a procesos patológicos, sino que abarcan el conjunto de demandas registradas en la población dentro del mismo intervalo temporal.⁵

Marco teórico

Localización estatal y municipal

El centro de salud Doctor José Castro Villagrana está localizado en la delegación Tlalpan, la dirección del centro es calle Carrasco sin numeración esq. Coapa, colonia Toriello Guerra, C.P. 14050, CDMX.⁶ (figura 1)

Según información pública del directorio de Centros de Salud, cuenta con servicio toda la semana con horario de 7:00 a 19:00 horas, y los días sábado, domingo y días festivos de 8:00 a 20:00 horas, además, en él se encuentran los servicios de consulta externa, odontología, psicología, laboratorio clínico, rayos X, vasectomía sin bisturí, mastografía, vacunación, espirometría y electrocardiograma.⁶

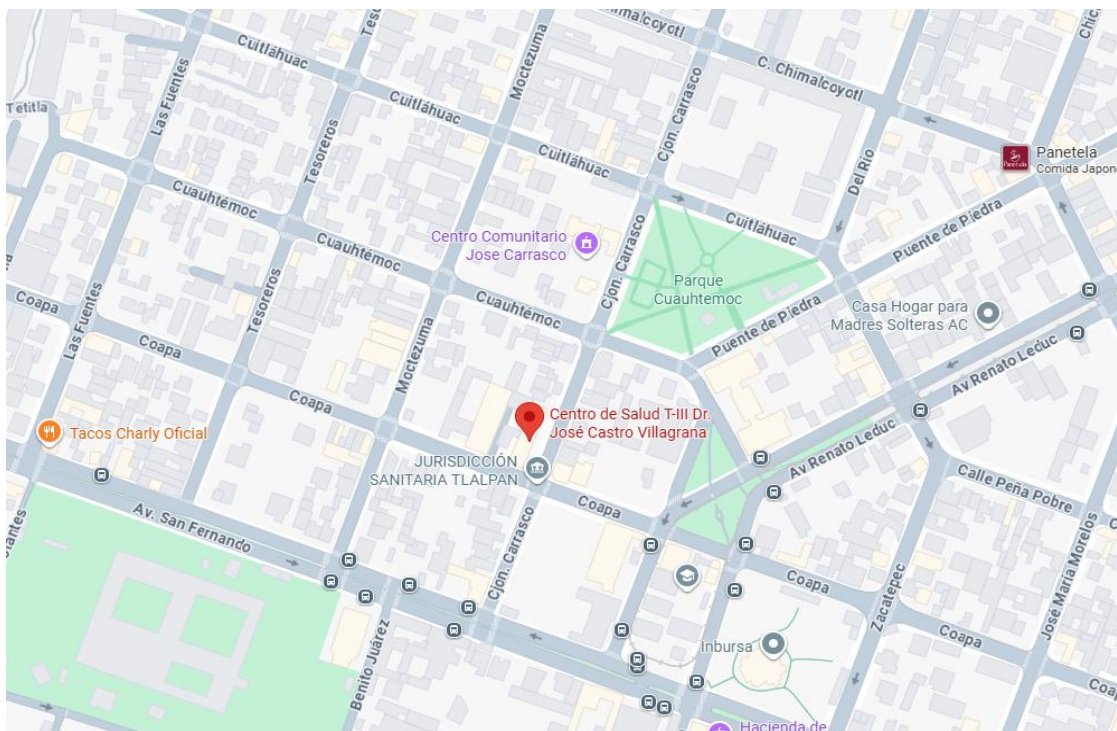


Figura 1. Ubicación del Centro de Salud Tipo III Dr. José Castro Villagrana. Tomado de Google Maps.⁷

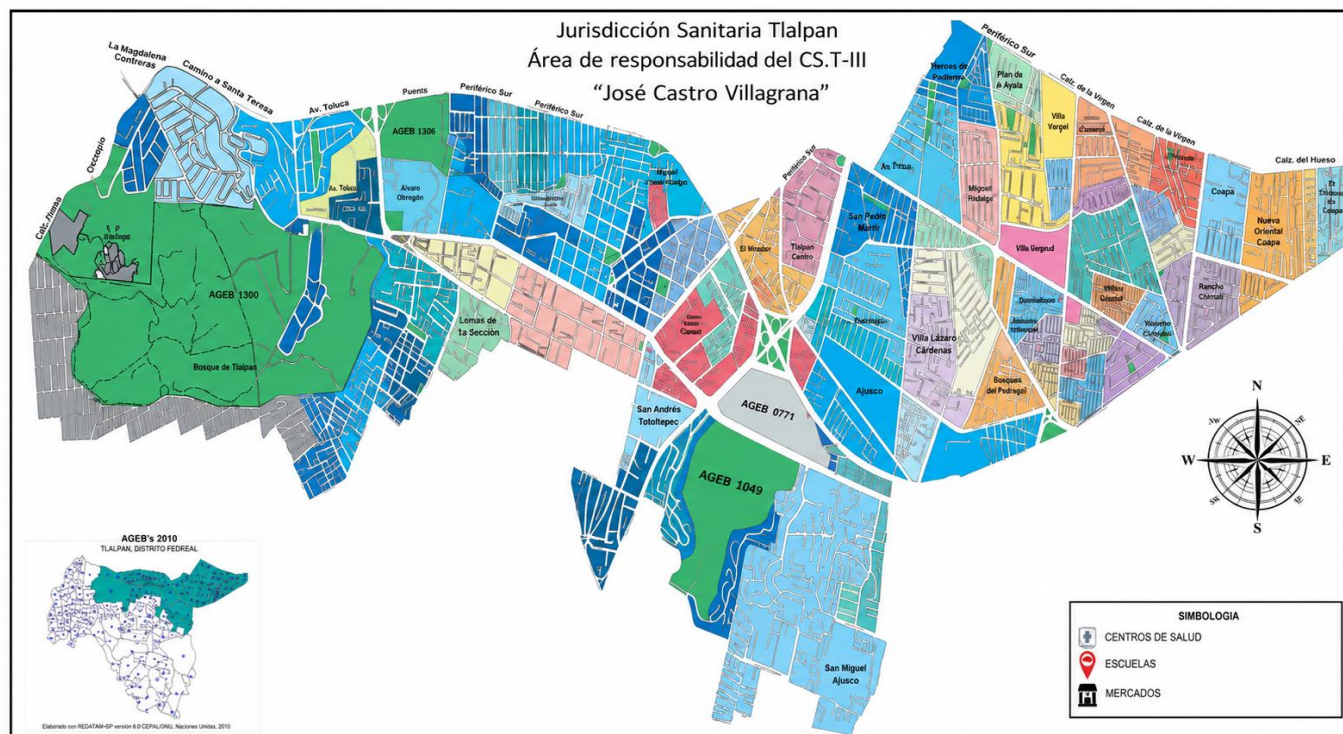


Figura 2. Áreas geoestadísticas básicas correspondientes al ámbito de atención del Centro de Salud Tipo III Dr. José Castro Villagrana. Fuente: Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, 2025.

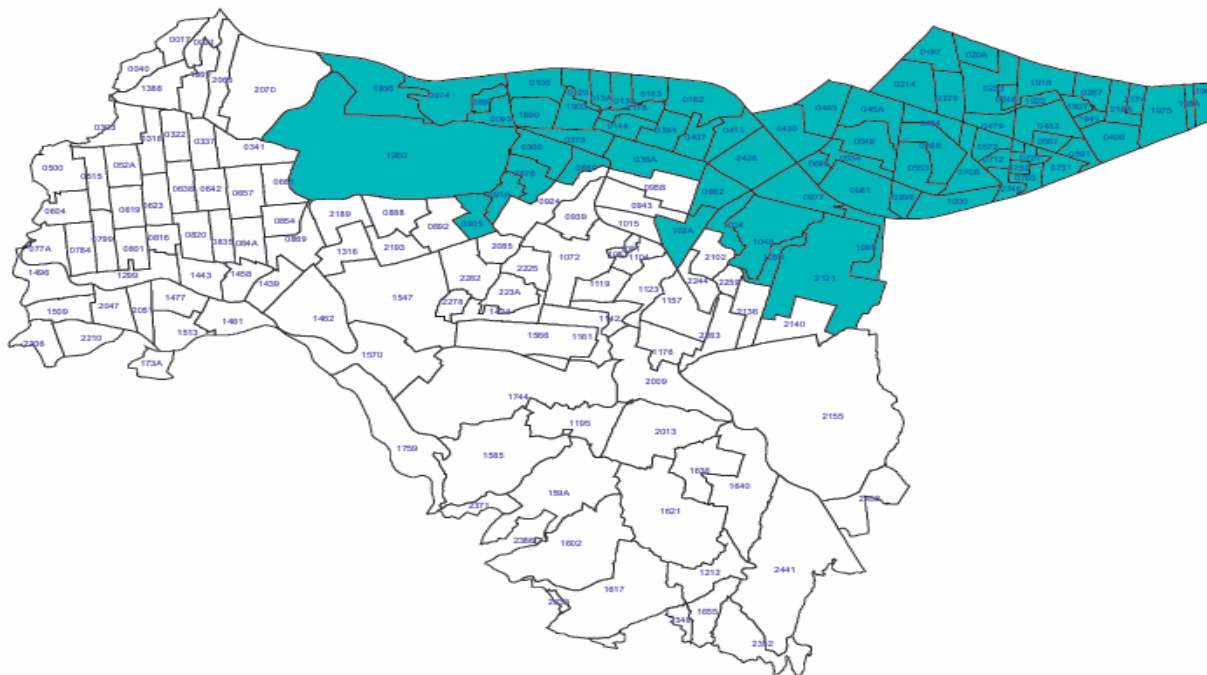


Figura 3. Mapa de Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) del ámbito de atención del Centro de Salud Tipo III Dr. José Castro Villagrana. Fuente: CONEVAL, con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Características geográficas y urbanas

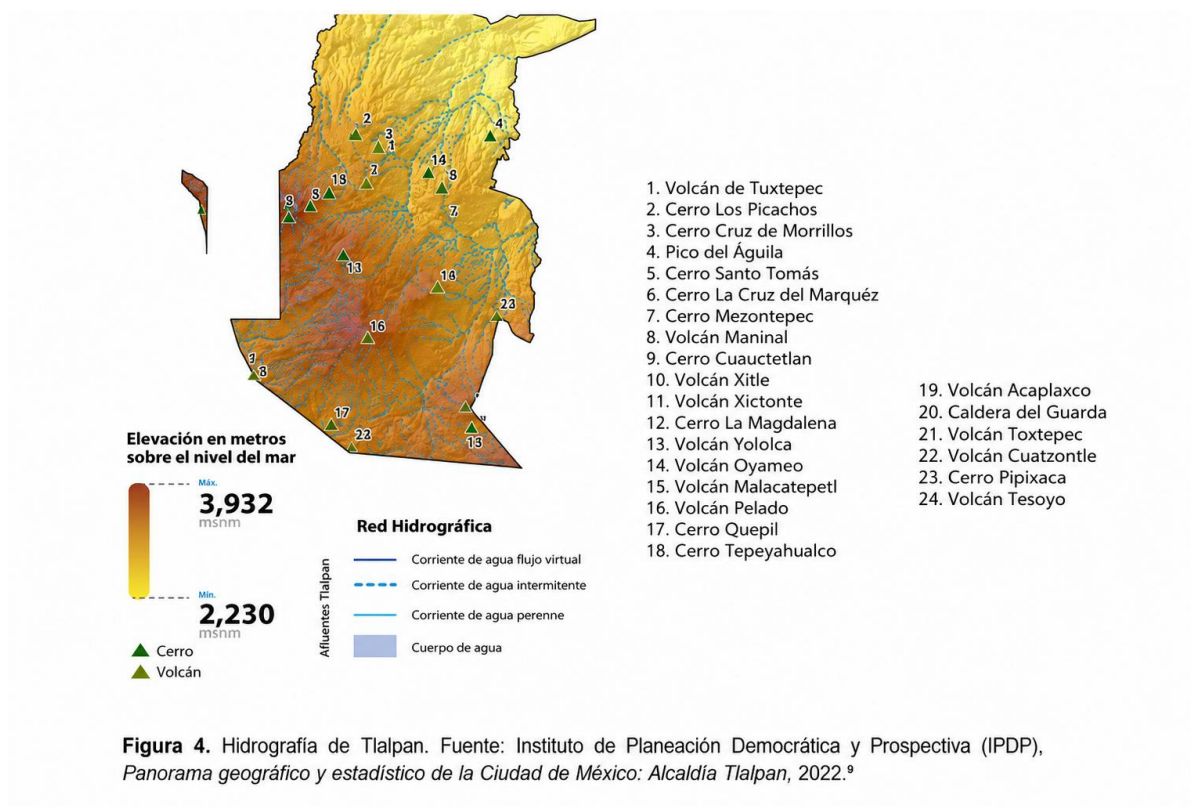
Tlalpan se ubica al sur de la Ciudad de México y funciona como un corredor territorial que conecta con el Estado de México y Morelos, al norte colinda con Coyoacán, Álvaro Obregón y La Magdalena Contreras, hacia el oriente limita con Xochimilco y Milpa Alta, al sur colinda con los municipios de Tres Marías y Huitzilac, y al poniente con Xalatlaco y Santiago Tianguistenco.⁸

Topografía y Cuerpos de agua en Tlalpan

Tlalpan tiene un rango altitudinal amplio: va de 2,230 a 3,932 msnm, por esta variación se identifican 24 elevaciones y diversas corrientes y cuerpos de agua, que pueden ser permanentes, intermitentes o virtuales.⁹

Topografía: La orografía está marcada por la Sierra del Ajusco–Chichinautzin, entre las elevaciones principales están el cerro La Cruz del Marqués (3,930 msnm) y el cerro Pico del Águila (3,880 msnm).¹⁰

Cuerpos de agua: En el área de influencia de la unidad de salud destacan el río San Buenaventura y el río San Juan de Dios, ambos con aumento de caudal en temporada de lluvias, también se identifica el río Eslava, que sirve como límite natural entre Tlalpan y La Magdalena Contreras.¹⁰ (Figura 4)



Clima en Tlalpan

En Tlalpan se identifican cinco tipos principales de clima: 32% del territorio presenta clima templado subhúmedo, con lluvias en verano y alta humedad, 6% corresponde al mismo tipo con humedad media y 0.33% con menor humedad, 17.7% se clasifica como semifrío húmedo, con precipitaciones abundantes en verano, y el 44% restante como semifrío subhúmedo, con lluvias estivales y mayor humedad.¹⁰(Figura 5)

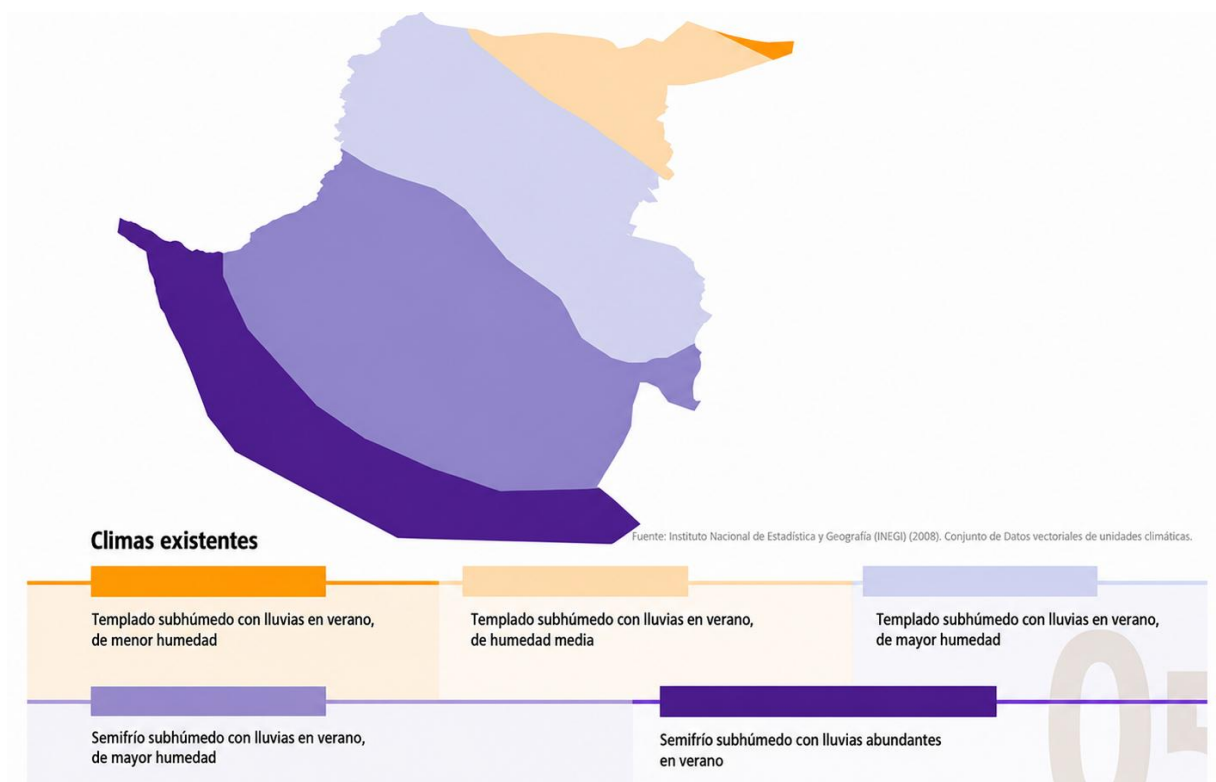


Figura 5. Clima de la alcaldía Tlalpan, distribución de los climas templados y semifríos con lluvias en verano, diferenciados por nivel de humedad, dentro del territorio, fuente: Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva (IPDP), 2022.⁹

Características del medio social y ambiental

Los factores del medio son los elementos que facilitan la conexión entre el CST y las y los pacientes, como el transporte, las vías de comunicación y las formas de acceso a las instalaciones, y que influyen de manera directa en la atención que se brinda.

El área de influencia del Centro de Salud Tipo III Dr. José Castro Villagrana cuenta con adecuada conectividad vial, al encontrarse comunicada con Huipulco (1.4 km), San Pedro Mártir (4.7 km), Pedregal de las Águilas (4.2 km), Insurgentes Sur (2 km), Viaducto Tlalpan (1.5 km) y Cuicuilco (2.2 km), esta cercanía a corredores urbanos relevantes facilita el desplazamiento hacia zonas habitacionales, comerciales y hospitalarias.²⁷

En cuanto al transporte, predomina el acceso por vía terrestre mediante transporte colectivo, destacando rutas que conectan el Estadio Azteca con San Fernando, Tlalcoligia y la Zona de Hospitales, así como trayectos directos entre el Estadio Azteca y dicha zona hospitalaria, asimismo, la población dispone de acceso a los principales medios de comunicación, lo que favorece la interacción social y el flujo de información dentro de la comunidad. ²⁷

Estructura poblacional de la alcaldía Tlalpan según sexo y grupos etarios

En 2020, la alcaldía Tlalpan registró 699,928 habitantes: 365,051 mujeres y 334,877 hombres, lo que corresponde a una razón de 92 hombres por cada 100 mujeres además, el grupo de 20 a 24 años fue el más numeroso, al concentrar alrededor del 8% de la población total.⁹

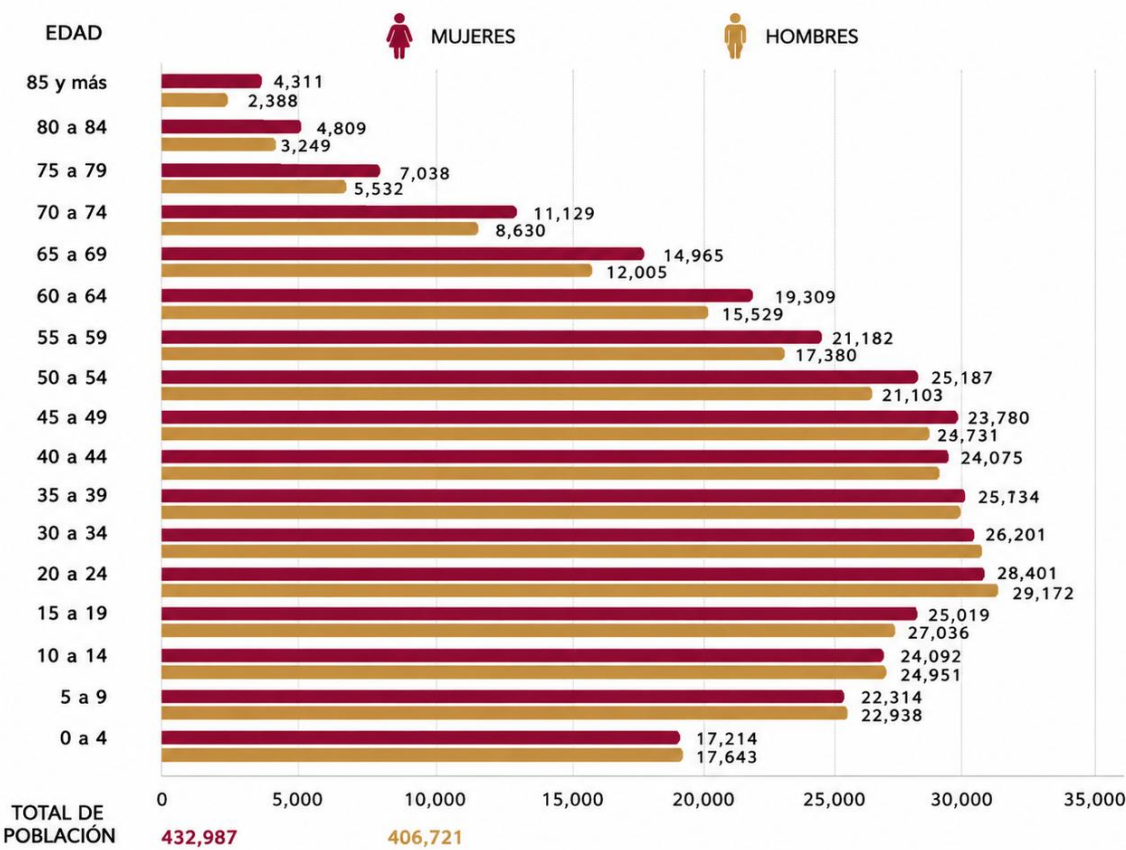


Figura 6. Distribución de la población por grupos quinquenales de edad en la alcaldía Tlalpan, según el Censo de Población y Vivienda 2020. Fuente: Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva (IPDP), con base en INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020. ⁹

Grupo de edad	Total	Hombres	Mujeres
<1 año	1,255	618	637
1 año	1,349	666	683
2 años	1,389	684	705
3 años	1,182	593	589
4 años	1,104	592	512
Subtotal	6,279	3,153	3,126
5 – 9 años	6,275	3,090	3,185
10 – 14 años	6,854	3,376	3,478
15 – 19 años	7,998	3,947	4,052
20 – 24 años	8,603	4,183	4,327
25 – 29 años	8,298	4,237	4,061
30 – 34 años	7,687	4,237	3,961
35 – 39 años	6,952	3,726	3,776
40 – 44 años	6,251	3,086	3,165
50 – 54 años	5,649	2,782	2,867
55 – 59 años	4,910	2,411	2,499
60 – 64 años	3,882	1,912	1,970
75 – 79 años	2,134	1,056	1,544
Subtotal	96,551	47,551	49,000
TOTAL	102,830	50,704	52,126

1

Tabla 1. Pirámide poblacional del ámbito de atención del Centro de Salud Tipo III Dr. José Castro Villagrana, previa al diagnóstico de salud. Fuente: Centro de Salud Tipo III Dr. José Castro Villagrana, información institucional 2025.¹

Migración

Con base en la información presentada en la Figura 7, se identifican los principales países de procedencia de la población migrante que ha llegado a la alcaldía Tlalpan en los últimos cinco años.¹¹ Destaca la migración proveniente de Estados Unidos (415 personas), Brasil (296) y Colombia (246).¹¹ En cuanto a los motivos de migración, predominan las razones familiares (682 personas), seguidas por las educativas (528) y económicas (480). Estos datos permiten reconocer los principales factores asociados a la movilidad poblacional en la demarcación y su posible impacto en las necesidades sociales y de salud de la comunidad.¹¹

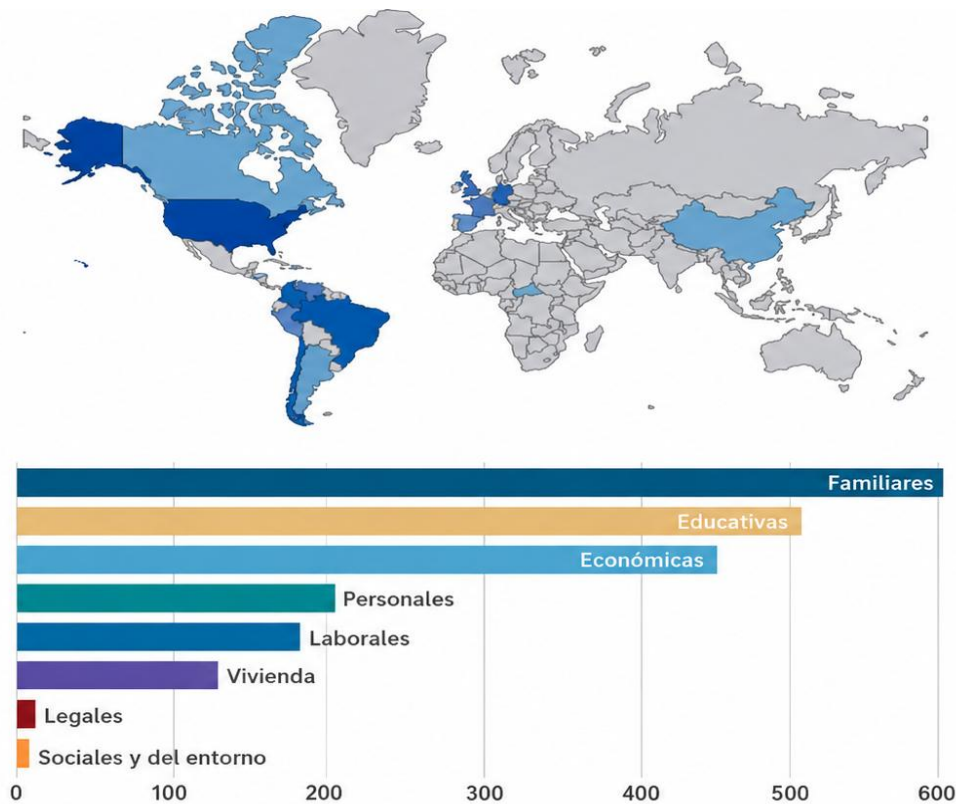
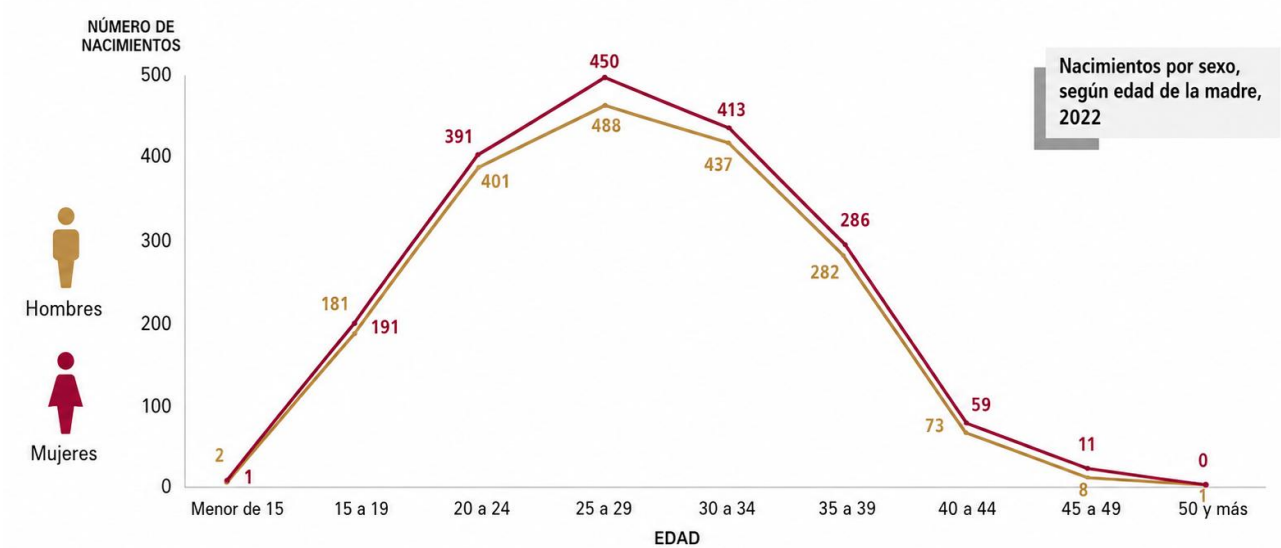


Figura 7. Países de origen y principales motivos de migración de la población residente en la alcaldía Tlalpan. Natalidad: nacimientos registrados.

Natalidad (nacimientos registrados)

En 2022 se registraron 3,718 nacimientos en la alcaldía de Tlalpan, en cuanto a las características maternas, el 25% de las mujeres que dieron a luz tenía entre 25 y 29 años, y el 60% de los nacimientos correspondió a parejas que viven en unión libre, la esperanza de vida, entendida como el promedio de años que se estima que vivirá una persona dentro de un grupo poblacional específico, es de 71.93 años para esta demarcación.⁹



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2022). Natalidad.

Figura 8. Nacimientos por sexo según edad de la madre en la alcaldía Tlalpan, 2022. Fuente: Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva (IPDP), *Panorama geográfico y estadístico de la Ciudad de México: Alcaldía Tlalpan, 2022*.⁹

Fecundidad y mortalidad en Tlalpan

Con base en la Encuesta Intercensal 2015 y el Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI, integrados en el Panorama sociodemográfico de la Ciudad de México, se observa que en Tlalpan, en 2014, las mujeres de 20 a 24 años presentaron el mayor promedio de nacimientos por cada mil mujeres, además, la tasa de fecundidad adolescente se estimó en 35.4%, por debajo del promedio de la Ciudad de México, en esta demarcación, las mujeres de 15 a 49 años reportaron un promedio de 1.1 a 1.2 hijas e hijos nacidos vivos, mientras que la tasa global de fecundidad fue de 1.63, cifra ligeramente superior al promedio de la Ciudad de México (1.58), en cuanto a mortalidad infantil, se registró que 1.8% de las hijas e hijos nacidos ha fallecido, lo que equivale a menos de dos defunciones por cada cien nacimientos.¹²



FECUNDIDAD Y MORTALIDAD

Promedio de hijas(os) nacidas(os) vivas(os)³

1.1



Porcentaje de hijas(os) fallecidas(os)³

3.2 %

³ Mujeres de 15 a 49 años.

Figura 9. Fecundidad y mortalidad de Tlalpan.¹²

Defunciones ocurridas y principales causas de mortalidad

En 2022 se registraron 8,806 defunciones en la demarcación, con una proporción ligeramente mayor en hombres que en mujeres, las principales causas de mortalidad se asociaron con enfermedades del sistema circulatorio, trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos, y neoplasias.⁹

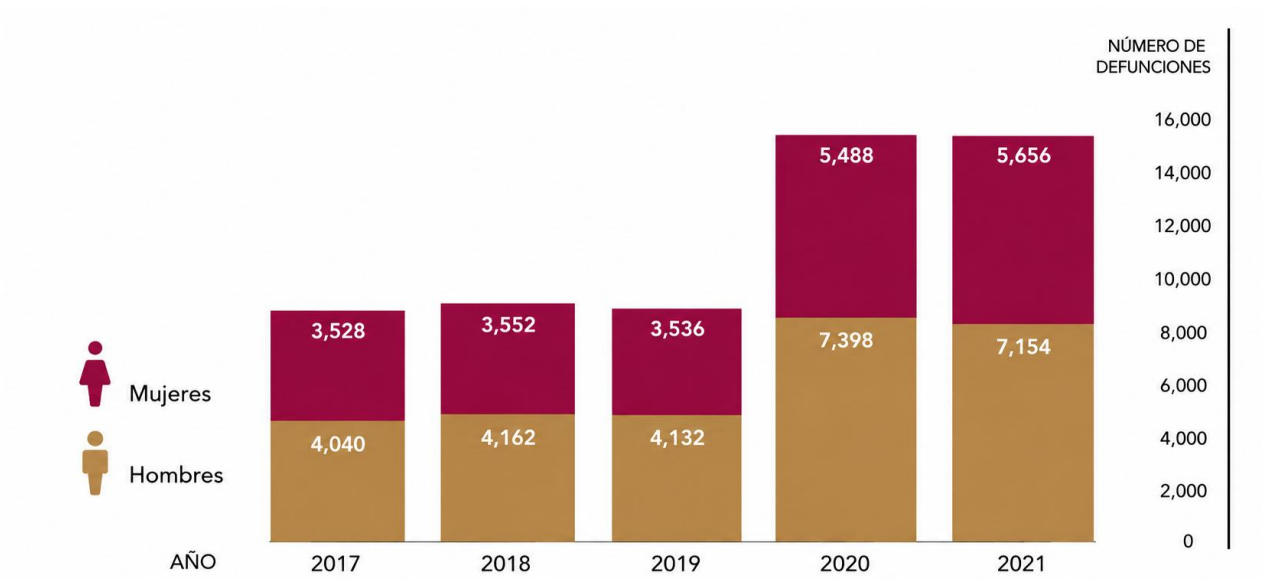


Figura 10. Defunciones totales según sexo en la alcaldía Tlalpan, 2017-2021. Fuente: Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva (IPDP), *Panorama geográfico y estadístico de la Ciudad de México: Alcaldía Tlalpan*, 2022.º

Determinantes sociales

La vivienda cumple funciones básicas como el descanso, la preparación de alimentos y la protección frente a las condiciones del entorno, en Tlalpan se registraron 202,318 viviendas particulares habitadas, equivalentes a 7.3% del total de la Ciudad de México, están presentes en 96% de las manzanas urbanas y se concentran principalmente en el noreste de la alcaldía.⁹ El promedio de ocupantes por vivienda es de 3.4 personas y el de ocupantes por cuarto de 0.8, además, 0.9% de las viviendas presenta rezago por contar con piso de tierra (Imagen 11).⁹

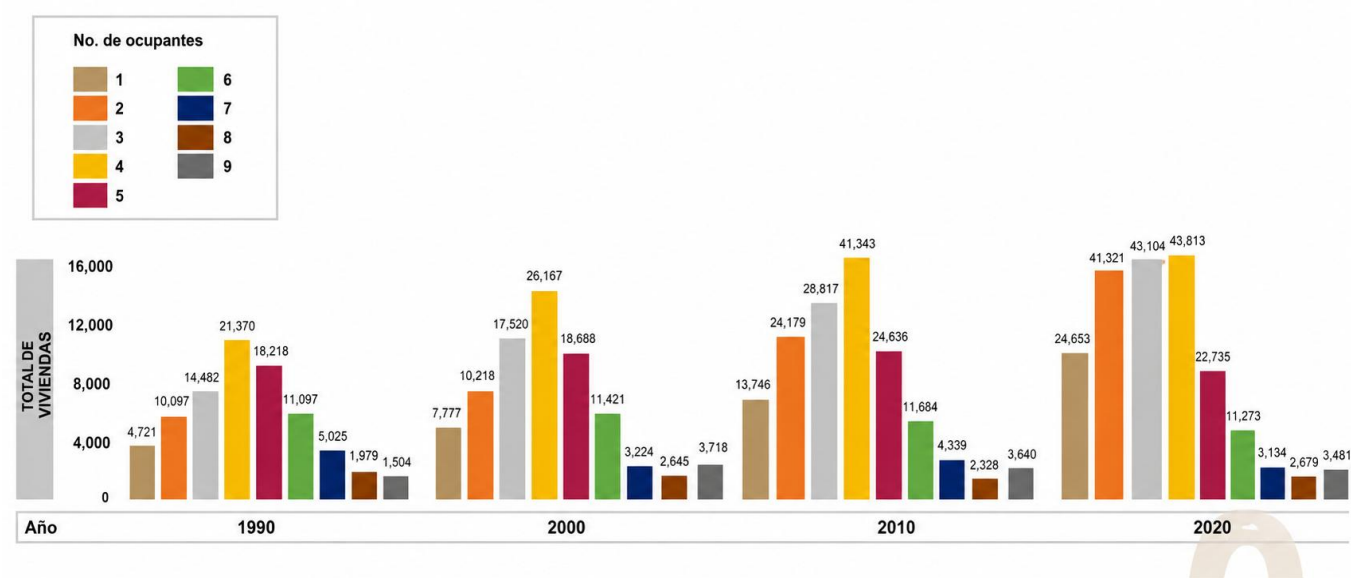


Figura 11. Total de viviendas en la alcaldía Tlalpan por número de ocupantes, 1990–2020. Fuente: Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva (IPDP), *Panorama geográfico y estadístico de la Ciudad de México: Alcaldía Tlalpan. 2022.*⁹

Servicios urbanos de viviendas.

En Tlalpan, 82.5% de las viviendas cuenta con agua entubada, 99.6% dispone de drenaje y el mismo porcentaje tiene servicio sanitario, además, 99.8% cuenta con electricidad, 85.8% puede almacenar agua en tinaco y 68.1% tiene cisterna (Figura 12).¹²

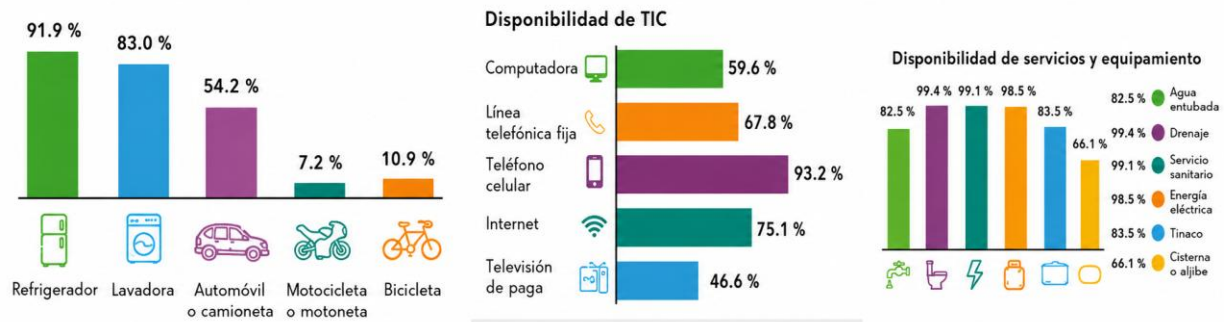


Figura 12. Disponibilidad de bienes, tecnologías de la información y comunicación (TIC) y servicios básicos en las viviendas de la alcaldía Tlalpan. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Panorama sociodemográfico de Ciudad de México, Censo de Población y Vivienda 2020*, 2021.¹²

Escolaridad en la población

En Tlalpan, son pocas las manzanas donde se identifica población sin escolaridad, ya que en 47% de estas el promedio de estudios se ubica en bachillerato o preparatoria, en contraste, en la zona rural se reporta 55% de población sin grado escolar.⁹

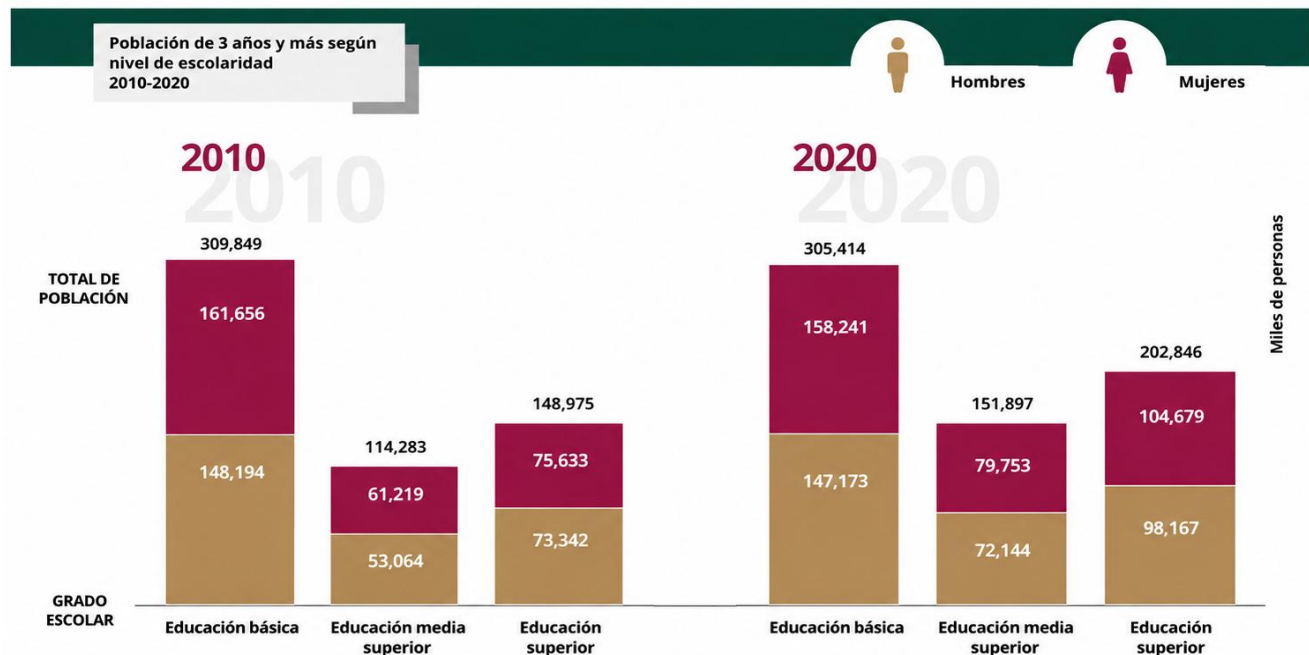


Figura 13. Distribución de la población de 3 años y más según nivel de escolaridad en la alcaldía Tlalpan, 2010-2020. Fuente: Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva (IPDP), *Panorama geográfico y estadístico de la Ciudad de México: Alcaldía Tlalpan*, 2022.⁹

Tasa de analfabetismo promedio

Se considera analfabeta a la persona de 15 años o más que no cuenta con habilidades de lectura y escritura, en 2020, la tasa de analfabetismo en la alcaldía Tlalpan fue de 1.6%, dentro de este grupo, 33.2% correspondió a hombres y 66.8% a mujeres, además, en la demarcación residían 90,231 niñas y niños de 6 a 14 años, y 5.75% que no sabía leer ni escribir, lo que refleja rezago educativo en parte de la población (Figura 14).¹¹

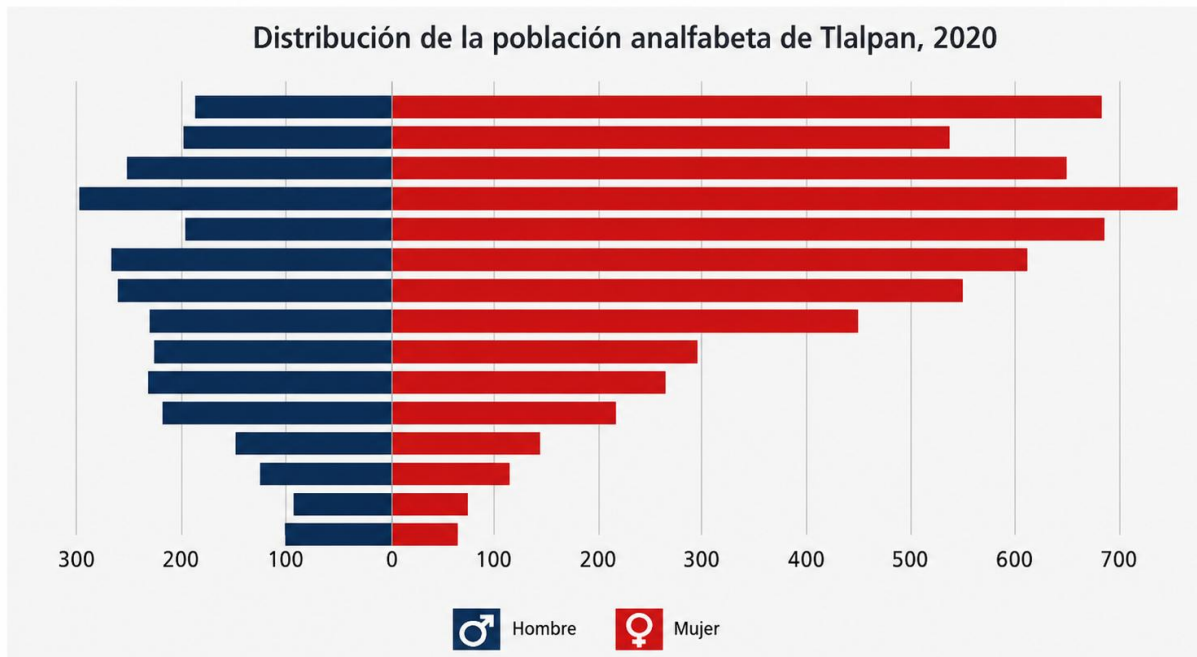


Figura 14. Distribución de la población analfabeta por sexo en la alcaldía Tlalpan, 2020. Fuente: Secretaría de Economía (MX), Data México, 2025.¹¹

Abandono o deserción escolar

La deserción escolar se entiende como el porcentaje de estudiantes que abandonan sus estudios en un nivel educativo específico, en relación con la matrícula registrada al inicio del ciclo escolar, este indicador expresa la proporción de alumnas y alumnos que interrumpen sus actividades durante el ciclo y que, al finalizar, ya no forman parte del total de personas inscritas.¹³ De acuerdo con estimaciones del INEGI, a nivel nacional, de una población aproximada de 54.3 millones de personas de 3 a 29 años, 62.0% estuvo inscrita en el sistema educativo durante el ciclo 2019–2020, lo que equivale a alrededor de 33.6 millones, para el

ciclo 2020–2021 se observó una reducción, con 32.9 millones de personas inscritas, cifra que corresponde a 60.6% de ese grupo de edad.¹³

Actividades laborales

El INEGI (2020) define a la población económicamente activa (PEA) como el conjunto de personas de 12 años y más que forman parte de la fuerza laboral, ya sea porque están ocupadas o porque están disponibles para participar en la producción de bienes y servicios.¹² En ese mismo año, la PEA mostró mayor participación masculina: los hombres representaron 54.4% y las mujeres 45.6%, lo que refleja una brecha de género en la inserción laboral, a nivel local, en Tlalpan la PEA se distribuye de manera heterogénea: se concentra en un número limitado de manzanas urbanas y se dispersa en zonas urbanas y rurales, con localidades que registran entre 527 y 2,249 personas en edad productiva, lo que evidencia desigualdades territoriales en la distribución de la fuerza laboral.¹²

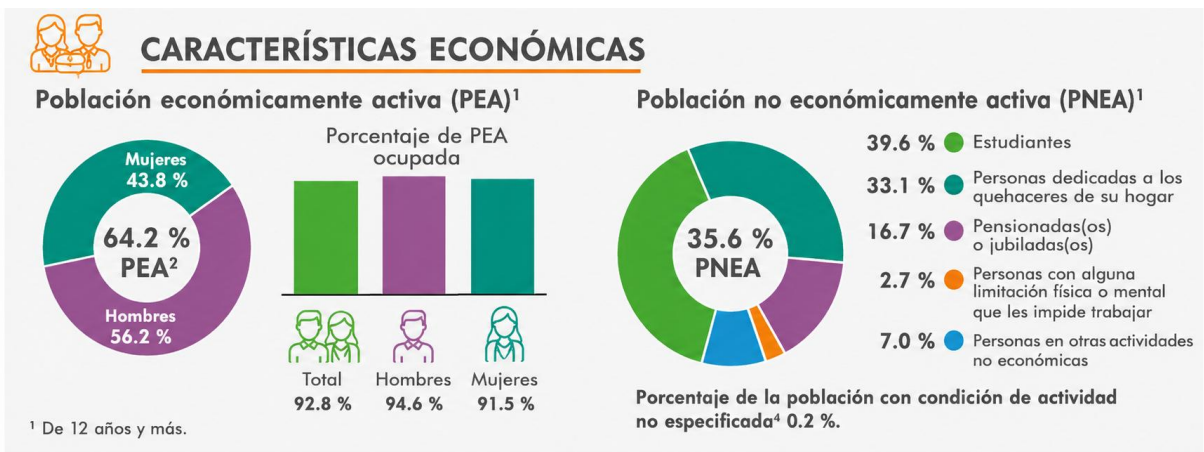


Figura 15. Características económicas de la población de 12 años y más en la alcaldía Tlalpan. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Panorama sociodemográfico de Ciudad de México. Censo de Población y Vivienda 2020, 2021.*¹²

Acceso a la alimentación

Con base en el Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2025, elaborado por la Unidad de Planeación y Evaluación de Programas para el Desarrollo de la Ciudad de México, en Tlalpan se estima que solo 135,851 personas tienen acceso a una alimentación nutritiva y de calidad, lo que señala una carencia social relevante.¹⁴ Esta situación se inserta en una tendencia observada en la Ciudad de México: aunque entre 2010 y 2020 hubo avances en varios componentes de la medición multidimensional de la pobreza, la carencia por acceso a la alimentación aumentó y se reportaron incrementos en nueve alcaldías durante ese periodo.¹⁴ En particular, Milpa Alta, Iztapalapa y Tlalpan concentraron los mayores porcentajes de esta carencia, con valores iguales o superiores a 19.7% de su población, en contraste, Benito Juárez, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza presentaron los porcentajes más bajos (Tabla 3).¹⁵

Porcentajes más altos			
No.	Alcaldía	Población total	Porcentaje
1	Milpa Alta	161,287	23.9
2	Iztapalapa	1,760,382	20.3
3	Tlalpan	690,788	19.7
4	Xochimilco	437,383	19.0
5	Tláhuac	377,744	18.0
Porcentajes más bajos			
No.	Alcaldía	Población total	Porcentaje
1	Benito Juárez	373,752	5.7
2	Miguel Hidalgo	384,554	8.3
3	Venustiano Carranza	414,914	10.8
4	Azcapotzalco	404,958	10.9
5	Coyoacán	568,913	11.9

Tabla 2. Alcaldías de la Ciudad de México con los mayores y menores porcentajes de la población con carencia por acceso a la alimentación en 2020. Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), con base en el MEC del MCS-ENIGH 2020.¹⁵

Cultura

Como parte de su patrimonio biocultural, Tlalpan concentra áreas naturales protegidas de relevancia ambiental, entre ellas el Parque Nacional Fuentes Brotantes, el Bosque de Tlalpan, el Parque Nacional Cumbres del Ajusco y el Parque Ecológico de la Ciudad de México, además, cuenta con espacios ecológicos urbanos como el Parque Juana de Asbaje y el Parque Ecológico Loreto Peña Pobre, de forma complementaria, los pueblos originarios de San Pedro Mártir, San Andrés Totoltepec, San Miguel Xicalco, La Magdalena Petlacalco, San Miguel Ajusco y San Tomás Ajusco mantienen un legado cultural vigente, visible en prácticas y festividades tradicionales como expresiones musicales, jaripeos, ferias comunitarias, uso de pirotecnia y una diversidad gastronómica que aporta a la identidad social y cultural del territorio (Figura 16).⁹

Zonas culturales

En la alcaldía Tlalpan, las zonas culturales constituyen espacios orientados a la promoción de actividades artísticas, recreativas y formativas que favorecen el desarrollo individual y fortalecen el tejido social. Estos espacios pueden operar bajo gestión pública, privada o comunitaria y representan un componente relevante dentro de los determinantes sociales asociados al bienestar. En la demarcación se registran cinco museos, entre los que destacan el Museo de Historia de Tlalpan, el Museo del Tiempo Tlalpan, el Museo del Heroico Colegio Militar y el Museo de Sitio de Cuicuilco. Asimismo, se cuenta con 18 bibliotecas y nueve centros culturales, como el Centro Cultural Ollin Yoliztli, Casa Frissac, el Centro Cultural Ignacio Ramírez ISSSTE y la Casa de la Cultura de Tlalpan, los cuales ofrecen actividades artísticas, educativas y comunitarias dirigidas a distintos grupos etarios.^{9, 16}

De igual manera, la alcaldía dispone de 22 Puntos de Innovación, Libertad, Arte, Educación y Saberes (PILARES), distribuidos en diversas colonias como Zapote, La Joya, Pedregal de las Águilas, San Lorenzo Huipulco, San Miguel Ajusco y Topilejo, entre otras. Estos espacios brindan acceso a formación académica, actividades culturales y capacitación para el trabajo, lo que amplía las oportunidades de desarrollo social y participación comunitaria en la población.^{9, 16}

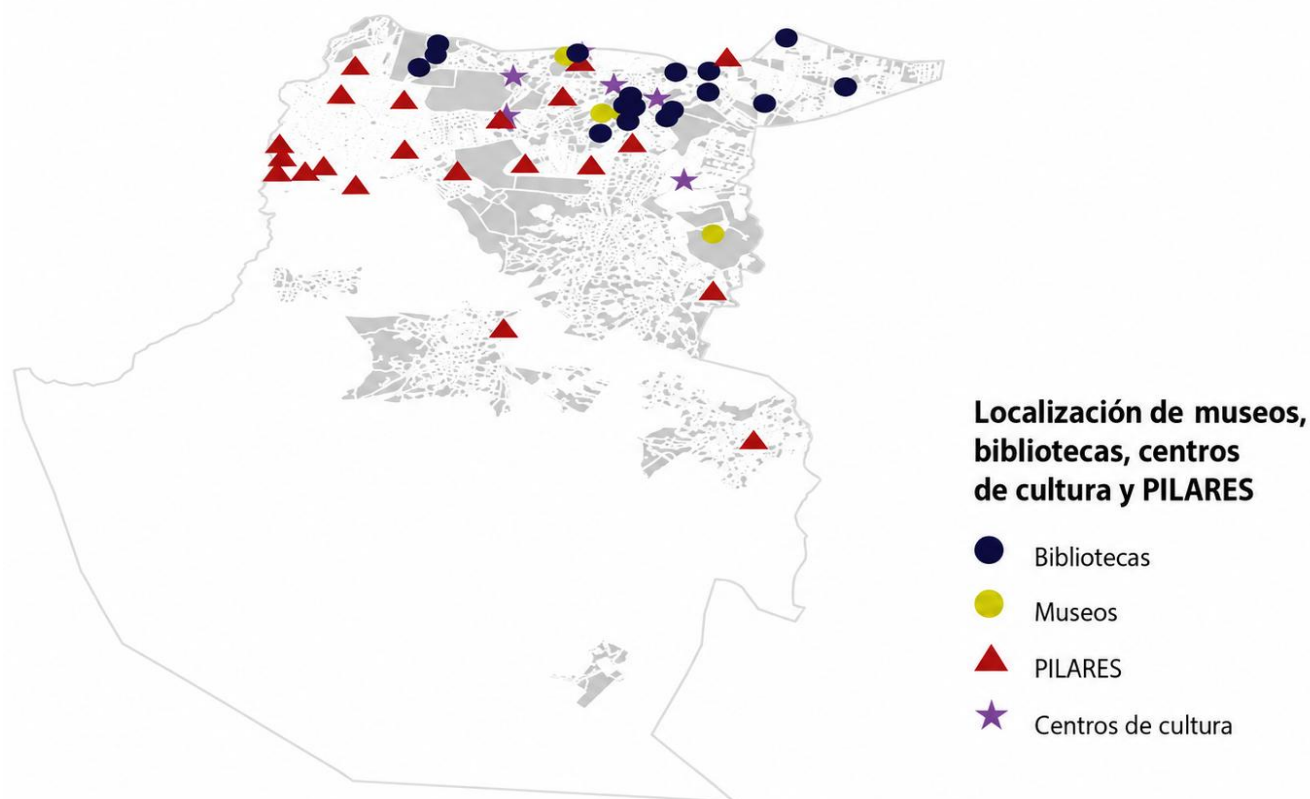


Figura 16. Mapa de localización de museos, bibliotecas, centros culturales y PILARES en la alcaldía Tlalpan. Fuente: Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva (IPDP), *Panorama geográfico y estadístico de la Ciudad de México: Alcaldía Tlalpan, 2022.*⁹

Violencia

Con base en el Boletín Estadístico de la Incidencia Delictiva en la Ciudad de México correspondiente a octubre de 2025, en Tlalpan se registraron 1,175 hechos delictivos clasificados por bien jurídico afectado: 578 fueron delitos contra el patrimonio, 202 contra la familia, 71 contra la vida y la integridad corporal, 42 contra la libertad y seguridad sexual, 15 contra la sociedad, 7 contra la libertad personal y 260 se agruparon como otros bienes jurídicos.¹⁷

En cuanto a la percepción ciudadana, la Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (ENSU), publicada el 23 de octubre de 2025 y con resultados de septiembre de 2024 a septiembre de 2025, mostró un aumento estadísticamente significativo en la percepción de inseguridad en Tlalpan, al pasar de 51.2% a 64.4%.¹⁷

Además, la alcaldía se ubicó entre las tres áreas urbanas de interés con mayor proporción de población de 18 años y más que reportó haber vivido situaciones de conflicto o confrontación, con 59.6%.¹⁷

Violencia en el entorno familiar en los hogares

De octubre de 2024 a septiembre de 2025, se estimó que 8.5% de los hogares ubicados en áreas urbanas de interés registró algún tipo de violencia en el entorno familiar, en 23.8% de los casos, las personas involucradas fueron menores de edad (Figura 17).¹⁸

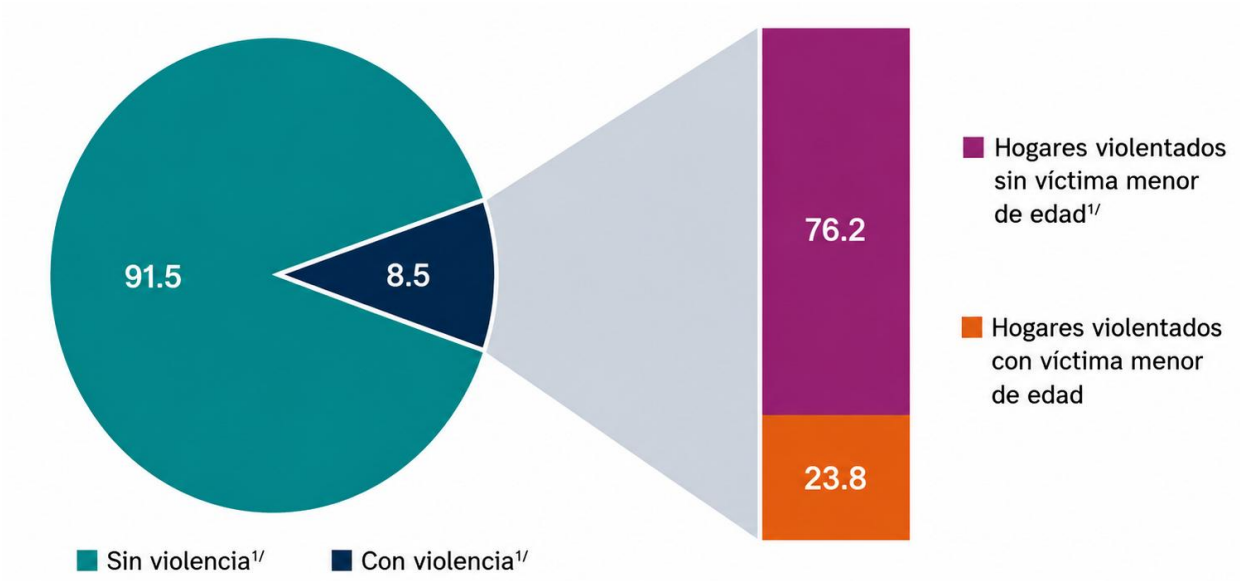


Figura 17. Hogares según condición de violencia en el entorno familiar en la alcaldía Tlalpan. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (ENSU)*, 2024–2025.¹⁰

Adicciones

El consumo de sustancias psicoactivas representa un reto relevante para la salud pública, tanto por la aparición y circulación de nuevas drogas como por el peso de factores sociales, económicos y personales asociados a su uso, en este contexto, los Centros de Integración

Juvenil (CIJ), con más de cinco décadas de trabajo institucional, enfocan sus acciones en prevención, atención y tratamiento.¹⁹

Como parte de ese esfuerzo, los CIJ elaboran el Estudio Básico de Comunidad Objetivo (EBCO), que utilizó como diagnóstico para describir el entorno sociodemográfico, los patrones de consumo y las respuestas sociales frente al fenómeno, su edición 2024–2030 actualiza estos componentes para orientar intervenciones con base en evidencia.¹⁹

En Tlalpan, el consumo inicia en promedio alrededor de los 15 años, y se reportan inicios incluso desde los 10, lo que sugiere contacto temprano con sustancias antes de consolidar habilidades emocionales y sociales básicas, y puede asociarse con una evolución más rápida del daño y con la necesidad de atención a edades tempranas.¹⁹

Aunque el cannabis aparece como la sustancia de inicio más frecuente, la metanfetamina se identifica como la principal sustancia de impacto, lo que marca un contraste con el patrón descrito para la Ciudad de México, donde el alcohol tiene mayor peso, mientras que, en Tlalpan, el problema se vincula más con sustancias de alta dependencia y mayor afectación personal y familiar.¹⁹

Embarazo adolescente

En medicina del adolescente, términos como “embarazo adolescente”, “embarazo en edad escolar” o “embarazo prematuro” se usan para describir gestaciones que, en la mayoría de los casos, no son deseadas ni planeadas y que ocurren en una etapa en la que muchas y muchos adolescentes no cuentan con capacidades, recursos ni condiciones para afrontar la situación y sus consecuencias.²⁰

De acuerdo con estimaciones del CONAPO, los nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años son un fenómeno frecuente en todas las alcaldías de la Ciudad de México, en la gráfica analizada, Tlalpan registra hasta 571 nacimientos en este grupo de edad.²⁰ Además, con base en las Estadísticas Vitales del INEGI de 2023, Tlalpan se ubicó en el cuarto lugar a nivel ciudad por el número de matrimonios celebrados entre población adolescente.²⁰

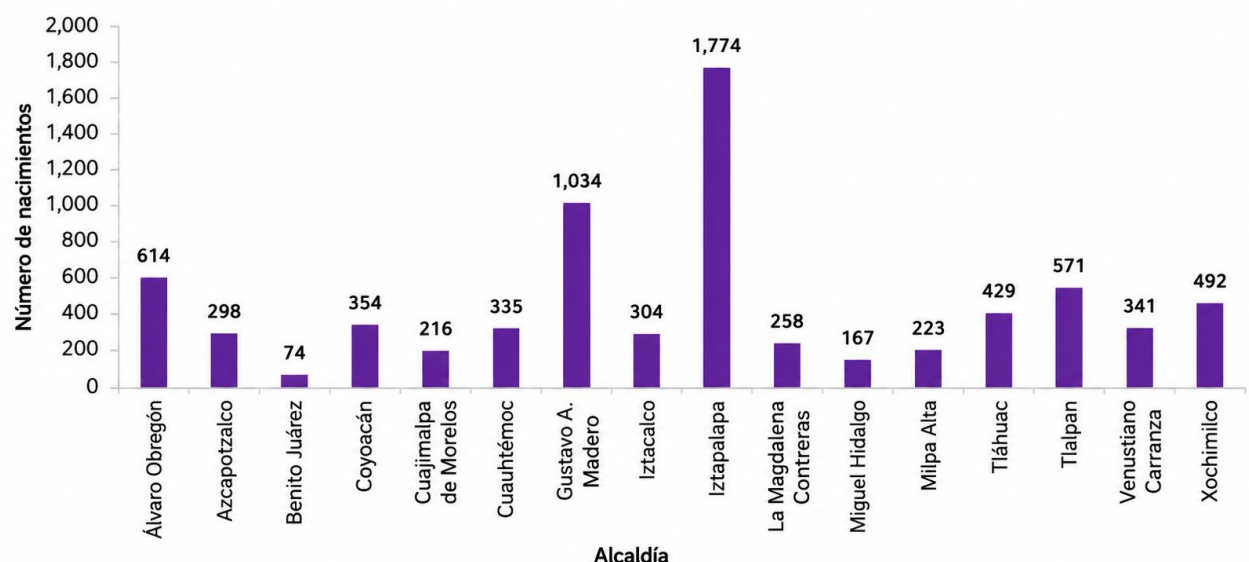


Figura 18. Distribución de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años según alcaldía, Ciudad de México, 2023. Fuente: Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México (SEMujeres CDMX), con base en CONAPO, 2023.¹⁹

De acuerdo con los registros de las Actividades de Prevención Primaria de Violencias contra las Mujeres, entre enero y agosto se realizaron 733 acciones centradas en derechos sexuales y reproductivos, prevención del embarazo en adolescentes y otros temas incluidos en la “Línea de Acción de Prevención de Tipos y Modalidades de Violencias”, la mayoría de estas intervenciones se llevó a cabo en el ámbito escolar, donde se concentra la estrategia preventiva.²⁰

Por otra parte, el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana cuenta, desde 2021, con el programa Servicios Amigables para Adolescentes, orientado a fortalecer el vínculo con la población adolescente y facilitar su acceso a información, consejería y servicios de salud acordes con sus necesidades.²¹

Otros recursos de atención a la salud

En la alcaldía Tlalpan y en zonas aledañas existen diversas opciones de atención relacionadas con la medicina tradicional, la herbolaria y la partería, disponibles tanto en espacios comunitarios como a través de oferta particular. Dentro de estas alternativas se encuentra el Centro de Difusión de la Medicina Tradicional A. C., ubicado en Canal de Miramontes 3695, en la colonia Narciso Mendoza, el cual ofrece atención en medicina tradicional y, aunque se especializa en acupuntura, también brinda orientación sobre terapias complementarias y uso de herbolaria.²² Asimismo, en el Mercado 22 de Enero, en la colonia Popular Santa Teresa, opera el establecimiento Herbolaria y Artículos Místicos, donde se comercializan productos herbolarios y artículos naturistas.²³

En la colonia Chimalcoyotl, la Tienda Naturista El Trébol ofrece productos naturistas, herbolarios y complementos alimenticios.²⁴ De igual forma, en Plaza Miracoapa se encuentra El Sendero Natural, espacio en el que se proporciona asesoría en herbolaria y naturopatía, además de la venta de productos relacionados.²⁵ En cuanto a la partería tradicional, se identifica la atención brindada por Miriam Padilla Flores, quien ofrece servicio mediante cita previa en la colonia Ampliación Miguel Hidalgo, en Tlalpan.²⁶

Instituciones de Salud en zona de Tlalpan

En 2020, la alcaldía Tlalpan registró 513,674 personas adscritas a alguna institución de servicios de salud, lo que equivale a 73% de su población total, de este grupo, 252,854 personas (49%) estaban afiliadas al IMSS, en cuanto a la distribución por sexo, las mujeres concentraron 53% de las afiliaciones y los hombres 47%.⁹

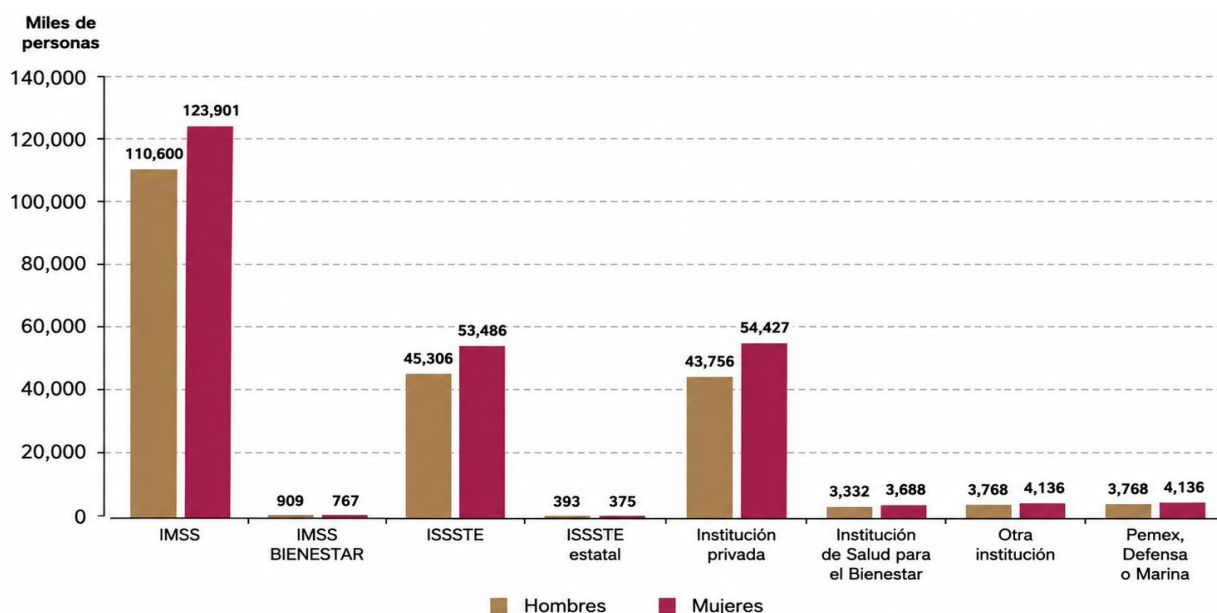


Figura 19. Población con afiliación a servicios de salud según sexo en la alcaldía Tlalpan, 2000–2020. Fuente: Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva (IPDP), *Panorama geográfico y estadístico de la Ciudad de México: Alcaldía Tlalpan, 2022*.⁹

Justificación

El presente trabajo se justifica a partir de lo establecido en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que reconoce la protección de la salud como un derecho. Desde este enfoque, es necesario contar con información clara sobre las condiciones de salud de la población y sobre los factores que influyen en su bienestar, de esta manera, será posible orientar las acciones del sistema de salud hacia servicios oportunos, accesibles y con calidad.

Esta evidencia será útil para planear intervenciones acordes con las necesidades de la población y para evitar que las decisiones se tomen solo por inercia operativa.

Además, este trabajo fortalecerá el análisis académico y epidemiológico de la unidad, al integrar y analizar información relevante sobre la situación de salud de la población.

Objetivos

Objetivo general

Analizar las principales causas de atención médica de la población que acude al Centro de Salud Tipo III Dr. José Castro Villagrana durante el periodo agosto 2025–julio 2026.

Objetivos específicos

1. Describir las características demográficas de la población atendida.
2. Clasificar y analizar los diagnósticos registrados conforme al Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA) en los pacientes atendidos.
3. Estimar la proporción de las principales enfermedades agudas y crónicas identificadas en la población atendida.

Metodología

Tipo y diseño de estudio

Estudio observacional transversal descriptivo

Población

La población estuvo conformada por los pacientes de cualquier tipo que acudieron a consulta médica al Centro de Salud Tipo III Dr. José Castro Villagrana durante el periodo de estudio y que se encontraron registrados en las hojas clínicas correspondientes. El estudio incluyó consultas de cualquier edad, sexo, afiliación, problemática o motivo de atención.

Muestra

Se utilizó una muestra por conveniencia, conformada por la totalidad de los registros de consulta médica generados en el Centro de Salud Tipo III Dr. José Castro Villagrana durante el periodo agosto 2025–julio 2026. No se realizó cálculo muestral, debido a que se incluyeron todos los registros disponibles en el periodo establecido.

Criterios de inclusión

- Registros de consulta médica realizados durante el periodo agosto 2025 – julio 2026.
- Registros correspondientes a pacientes de cualquier edad y sexo.
- Consultas de primera vez y subsecuentes que cuenten con registro clínico completo.

Criterios de exclusión

- Registros incompletos que impidieron identificar variables esenciales para el análisis (edad, diagnóstico o tipo de consulta).
- Registros duplicados.
- Atenciones no médicas que no generaron hoja de registro clínico.

6.5 Definición de variables

Variable	Definición operacional	Unidad de medición / Codificación	Tipo de variable	Escala de medición
Sexo	Característica biológica registrada en la hoja de consulta	Masculino = 0 Femenino = 1	Cualitativa	Nominal dicotómica
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta la fecha de la consulta o del registro de la información	Años cumplidos	Cuantitativa	Discreta
Grupo etario	Rangos de edad para análisis epidemiológico	0-5 AÑOS 6-14 AÑOS 15-24 25-64 ≥65	Cualitativa	Ordinal
Tipo de consulta	Clasificación de la atención según el registro clínico	- Primera vez (0) - Subsecuente (1)	Cualitativa	Nominal dicotómica
Diagnóstico principal	Enfermedad o condición registrada por el médico según CIE-10	Código CIE-10	Cualitativa	Nominal politómica
Comorbilidades	Presencia de enfermedades crónicas adicionales al diagnóstico principal	No = 0 Sí = 1	Cualitativa	Nominal dicotómica
Fecha de consulta	Día en que el paciente fue atendido	Día/mes/año	Cuantitativa	Discreta
Derechohabencia	Institución de seguridad social declarada	IMSS = 1 ISSSTE = 2 INSABI = 3 Ninguna = 4 Otra = 5	Cualitativa	Nominal politómica

Recolección de Datos

La recolección de datos fue realizada por la médico pasante en servicio social adscrita al Centro de Salud Tipo III Dr. José Castro Villagrana, mediante la revisión de las hojas de registro de consulta.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la población atendida. Las variables cualitativas se presentaron mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según la distribución de los datos).

El diagnóstico principal fue clasificado conforme a la CIE-10 y posteriormente agrupado en enfermedades transmisibles y no transmisibles para su análisis. Se evaluó su distribución según sexo y grupo etario mediante tablas de contingencia y proporciones. El procesamiento de la información se realizó mediante una base de datos en Excel.

Resultados:

Total de consulta atendida

Durante el periodo comprendido entre agosto de 2025 y febrero de 2026 se otorgaron un total de 353 consultas médicas en la unidad de salud, alcanzando el mayor número de consultas en enero de 2026. (Tabla 1)

Fecha	No.	%
2025-08	5	1%
2025-09	32	9%
2025-10	66	19%
2025-11	63	18%
2025-12	72	20%
2026-01	79	22%
2026-02	36	10%
Total	353	100%

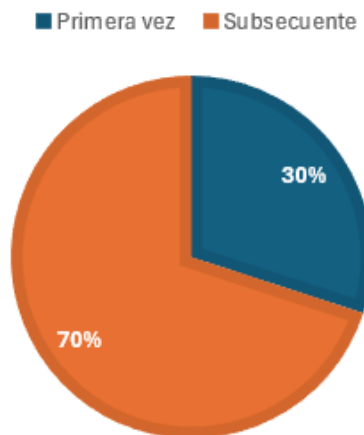
Tabla 1. Consultas por mes, C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX, agosto 2025 a febrero 2026

Promedio diario de consulta

Se registraron 353 consultas en 73 días de consulta, obteniéndose un promedio de 4.8 consultas por día, lo que indica una carga asistencial estable durante el periodo analizado.

Población atendida por tipo de consulta: primera vez y subsecuente

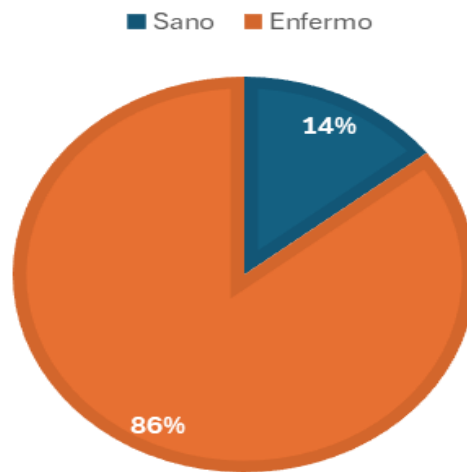
Del total de atenciones otorgadas, 107 consultas (30%) corresponden a pacientes de primera vez, mientras que 246 consultas (70%) fueron subsecuentes. Se observa un predominio de consultas subsecuentes, lo que refleja que la atención médica se enfocó principalmente en el seguimiento y control de pacientes previamente atendidos en la unidad. (Gráfica 1)



Gráfica 1. Población atendida por el tipo de consulta en el periodo agosto 2025 a febrero 2026 en el C.S.T-III
Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.

Población atendida por motivo de atención

Se observó que la mayor parte de la población atendida acudió por motivos relacionados con enfermedad, representando el 86.5% de las consultas, mientras que el 14.5% correspondió a población clínicamente sana atendida por acciones de prevención y promoción de la salud. lo que sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción de la salud y detección oportuna en la población adscrita. (Gráfica 2)



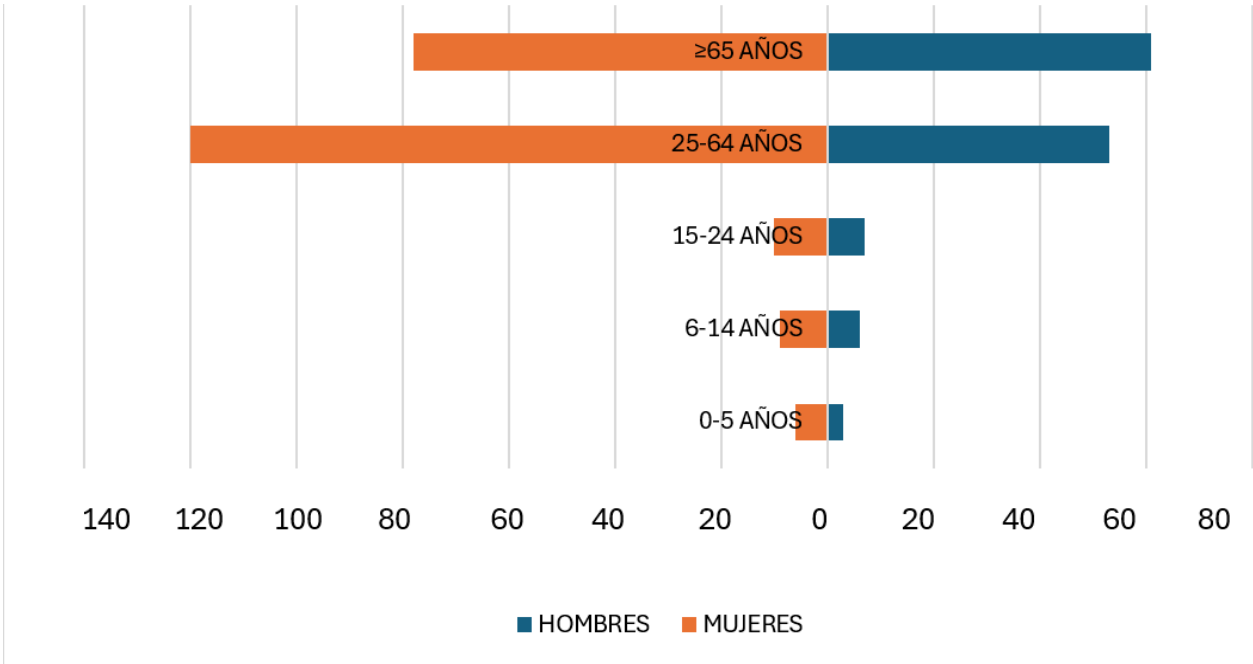
Gráfica 3. Población atendida por motivo de atención en el periodo agosto 2025 a febrero 2026 en el C.S.T-III Dr. Jose Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.

Población atendida por grupo de edad y sexo:

La mayor cantidad de consultas se concentra en el grupo de 25 a 65 años de edad, representando el (49%) del total, con predominio en el sexo femenino (54%). Esto podría explicarse porque se trata de la población en edad productiva, la cual se encuentra expuesta a diversos factores de riesgo asociados al trabajo y al transporte, así como a trastornos relacionados con el estilo de vida, como ansiedad, depresión, fatiga y sedentarismo.

Estas condiciones favorecen la aparición de sobrepeso y obesidad, lo que a su vez incrementa la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas y trastornos metabólicos. Por esta razón, este grupo poblacional tiende a acudir con mayor frecuencia a consulta médica, ya sea para el seguimiento de padecimientos crónicos, el control de condiciones metabólicas o la realización de consultas preventivas.

También destaca una participación relevante de adultos ≥ 65 años (39%), sobre todo en mujeres (35%). En contraste, los menores de 0 a 14 años registran menos atenciones (6.8%). De manera general, los resultados indican que la demanda de la unidad está centrada en población adulta y adulta mayor. (Gráfica 3)



Gráfica 3. Población atendida por grupo de edad y sexo en el periodo agosto 2025 a febrero 2026 en el C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.

Población sana según las distintas causas de atención:

Se registraron un total de 51 consultas en población sana, de las cuales el examen médico general representó la principal causa de atención con 23 consultas (45.1%), lo que refleja la participación de la población en actividades preventivas y de vigilancia del estado de salud.

La anticoncepción masculina ocupó el segundo lugar con 15 atenciones (29.4%). Este grupo incluye pacientes sometidos a vasectomía, así como aquellos en seguimiento postoperatorio y usuarios con control espermático posterior al procedimiento.

Las consultas relacionadas con la mujer embarazada corresponden a 7 atenciones (13.7%), mientras que la expedición de certificados médicos representó 4 consultas (7.8%) y el control de salud rutinario pediátrico 2 atenciones (3.9%), constituyendo las causas menos frecuentes dentro de la atención a población sana.

Aunque se observa la realización de actividades preventivas, el porcentaje de consultas dirigidas a pacientes sanos aún es limitado en comparación con las consultas por enfermedad. Asimismo, se identifica una baja participación de la población pediátrica, lo que sugiere la necesidad de reforzar las acciones de promoción y seguimiento preventivo en estos grupos. (Tabla 2)

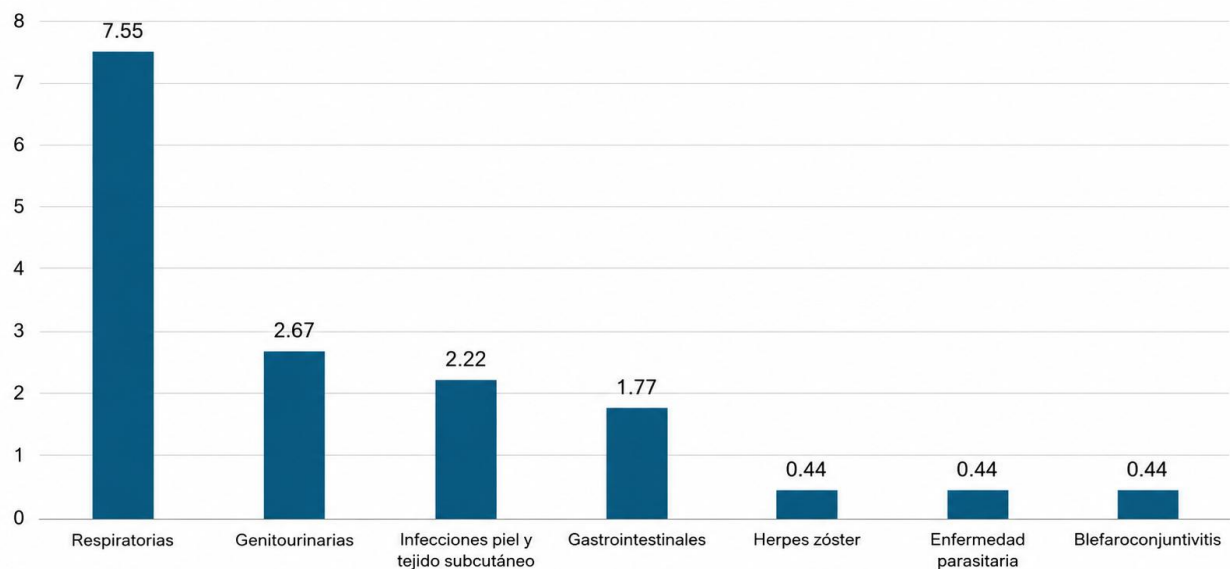
CAUSA DE ATENCION	NUMERO	PORCENTAJE
EXAMEN MÉDICO GENERAL	23	45.1
CERTIFICADO MÉDICO	4	7.8
EMBARAZO	7	13.7
CONTROL DE SALUD DE Rutina del Niño Sano	2	3.9
ANTICONCEPCION MASCULINA (VASECTOMIA)	15	29.4
TOTAL	51	100.0

Tabla 2. Población sana por causa de atención en el periodo agosto 2025 a febrero 2026 en el C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.

Morbilidad: enfermedades transmisibles y no transmisibles

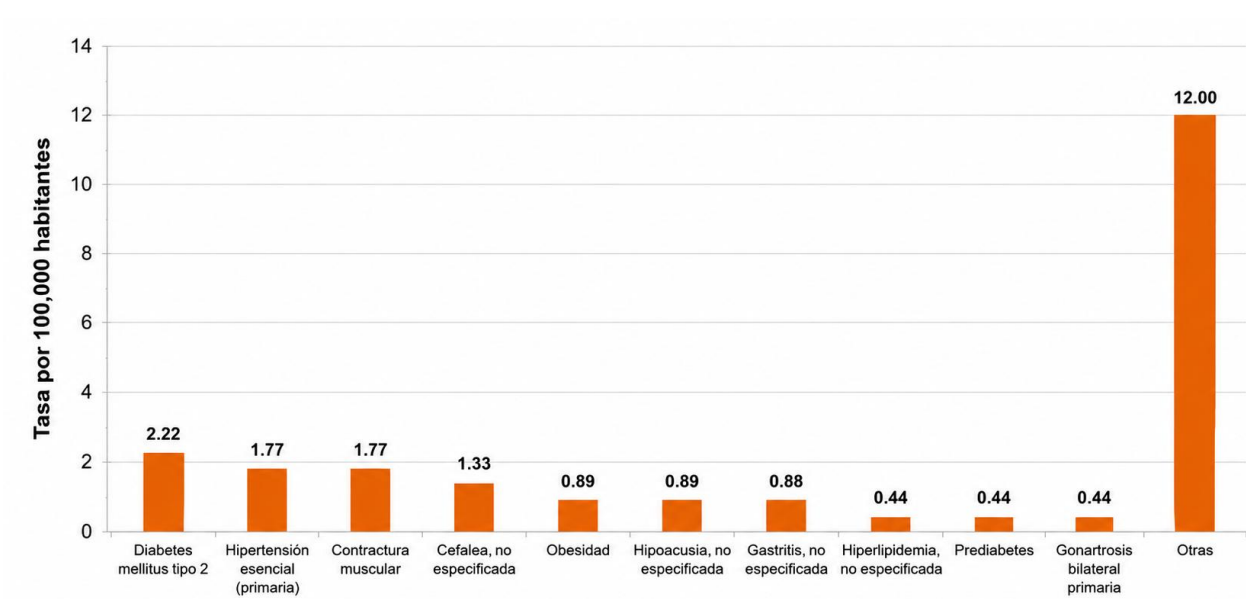
La población total registrada hasta la fecha que acude al centro de salud tipo III Dr. José Castro Villagrana es de 225,060 personas.²⁸

La principal causa de morbilidad transmisible atendida en la unidad de salud fueron las infecciones respiratorias ya que presentaron la mayor tasa de incidencia durante el periodo analizado, con un valor de 7.55 por 100,000 habitantes. En menor proporción se identificaron las enfermedades genitourinarias, con una tasa de 2.67, seguidas de las infecciones de piel y tejido subcutáneo (2.22) y las enfermedades gastrointestinales, con una tasa de 1.77 por cada 100,000 habitantes. Por otra parte, padecimientos como herpes zóster, enfermedad parasitaria y blefaroconjuntivitis presentaron las tasas más bajas, con valores de 0.44 por 100,000 habitantes cada uno, indicando menor frecuencia durante el periodo de estudio. (Gráfica 4)



Gráfica 4. Tasa de morbilidad por enfermedades transmisibles por 100,000 habitantes en el C.S.T-III Dr. Jose Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX, Durante el periodo marzo 2026 a julio 2026 (población total: 225,060).

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, la diabetes tipo 2 registró la tasa más alta entre los diagnósticos específicos, con 2.22 por 100,000 habitantes, seguida de la hipertensión arterial y la contractura muscular, ambas con tasas de 1.77. La cefalea no especificada presentó una tasa de 1.33, mientras que obesidad e hipoacusia no especificada mostraron tasas de 0.89 por 100,000 habitantes. Por su parte, la gastritis no especificada registró una tasa de 0.88, y diagnósticos como hiperlipidemia, prediabetes y gonartrosis bilateral primaria presentaron las tasas más bajas, con 0.44 por 100,000 habitantes cada uno. El grupo clasificado como otras enfermedades no transmisibles concentró la mayor tasa global, con un valor de 12 por 100,000 habitantes, superando ampliamente a los diagnósticos individuales registrados durante el periodo de estudio. (Gráfica 5)



Gráfica 5. Tasa de morbilidad por enfermedades no transmisibles por 100,000 Habitantes en el periodo agosto 2025 a febrero 2026 en el C.S.T-III Dr. Jose Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX. (Población total: 225,060).

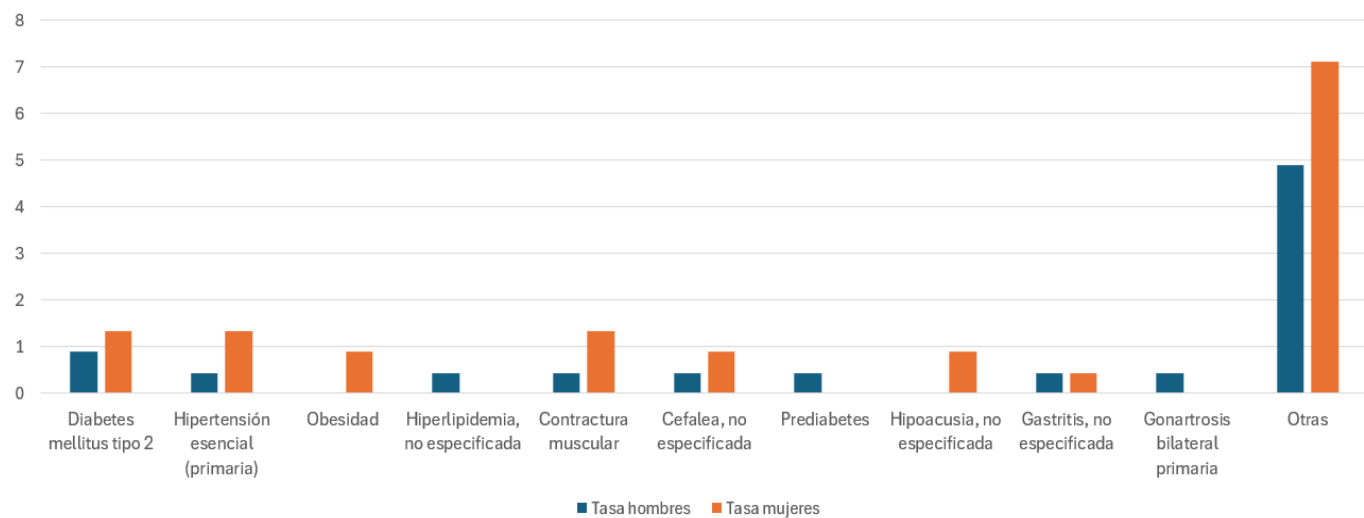
Enfermedades transmisibles y no transmisibles divididas por sexo:

Las tasas de incidencia por 100,000 habitantes evidenciaron un predominio de enfermedades no transmisibles en el sexo femenino. Destacan principalmente la diabetes mellitus tipo 2, con una tasa aproximada de 1.33 en mujeres y 0.89 en hombres, seguida de la hipertensión arterial, cuya tasa fue de 1.33 en mujeres y 0.44 en hombres, así como la contractura muscular, con tasas cercanas a 1.33 en mujeres y 0.44 en hombres.

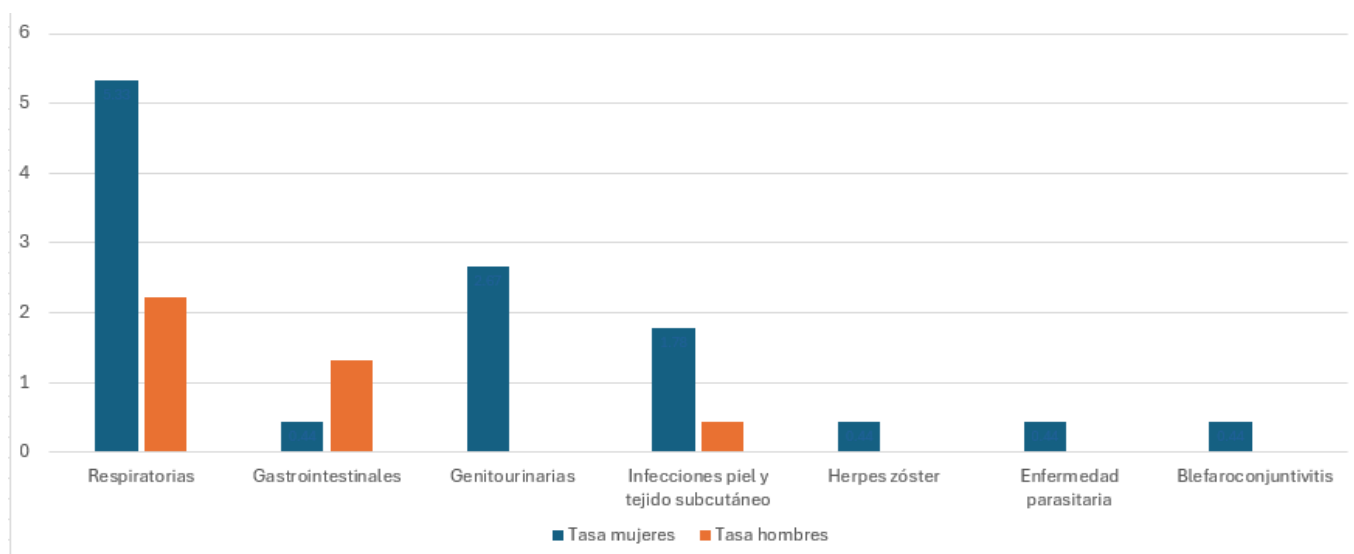
El grupo denominado otras enfermedades no transmisibles concentró la mayor carga de atención en ambos sexos, con tasas aproximadas de 7.11 por 100,000 habitantes en mujeres y 4.89 en hombres, lo que refleja la diversidad de padecimientos crónicos atendidos en la unidad. En el sexo masculino, aunque la incidencia general fue menor, se identificaron diagnósticos como hiperlipidemia, prediabetes y gonartrosis, cada uno con tasas cercanas a 0.44 por 100,000 habitantes, evidenciando la presencia de factores de riesgo metabólicos y enfermedades degenerativas en este grupo (Gráfica 6).

En cuanto a las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias constituyeron la principal causa de atención en ambos sexos, con una tasa aproximada de 5.33 por 100,000 habitantes en mujeres y 2.22 en hombres. En el sexo femenino también destacaron las infecciones genitourinarias, con una tasa cercana a 2.67, así como las infecciones de piel y tejido subcutáneo, con aproximadamente 1.78 por 100,000 habitantes. En los hombres, las enfermedades gastrointestinales representan la segunda causa transmisible más frecuente, con una tasa aproximada de 1.33 por 100,000 habitantes.

De manera general, las tasas de incidencia muestran una mayor utilización de los servicios de salud por parte del sexo femenino, así como un predominio de enfermedades no transmisibles dentro de la consulta de primera vez, mientras que las enfermedades transmisibles se asociaron principalmente con procesos infecciosos agudos (Gráfica 7).



Gráfica 6. Enfermedades no transmisibles por sexo en el periodo agosto 2025 a febrero 2026 en el C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.



Gráfica 7. Enfermedades transmisibles por sexo en el periodo agosto 2025 a febrero 2026 en el C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.

Enfermedades transmisibles y no transmisibles divididas por edad

La mayor parte de las atenciones se concentró en la población adulta de 25 a 64 años y en los adultos mayores, donde predominaron enfermedades crónicas como diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. Por otro lado, en la población infantil y adolescente se observó menor número de consultas, principalmente enfermedades transmisibles agudas, destacando infecciones respiratorias relacionadas con la convivencia escolar y familiar. (Tabla 3, 4).

En general, los resultados muestran que la atención en la unidad se dirige principalmente a pacientes adultos con enfermedades crónicas, mientras que en edades tempranas las consultas se relacionan con padecimientos infecciosos de evolución aguda, lo que resalta la importancia de fortalecer acciones preventivas desde etapas tempranas de la vida.

GRUPO DE EDAD	DIABETES TIPO 2	HIPERTENSIÓN ESENCIAL	OBESIDAD	Otras	Total	Total %
0-5	0	0	0	3	3	1%
6-14.	0	0	0	5	5	2%
15-24	0	0	0	7	7	2%
25-64	41	24	5	78	148	52%
≥65	35	30	7	52	124	43%
Total	76	54	12	145	287	100%

Tabla 3. Enfermedades no transmisibles por grupo de edad en el periodo agosto 2025 a febrero 2026 en el C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.

GRUPO DE EDAD	RINOFARINGITIS AGUDA	FARINGITIS VIRAL	BRONQUITIS AGUDA	GASTROENTERITIS Y COLITIS	Otras	Total	Total %
0-5	3	1	1	0	0	5	11%
6-14.	5	0	0	0	1	6	13%
15-24	2	1	0	1	1	5	11%
25-64	5	1	1	3	5	15	33%
≥65	0	3	3	0	8	14	31%
Total	15	6	5	4	15	45	100%

Tabla 4. Enfermedades transmisibles por grupo de edad en el periodo agosto 2025 a febrero 2026 en el C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.

Principales enfermedades transmisibles y no transmisibles por mes de atención en el C.S.T III Dr. José Castro Villagrana, transmisibles y no transmisibles

Durante el periodo comprendido entre agosto de 2025 y febrero de 2026, la morbilidad mensual de las principales enfermedades no transmisibles mostró variaciones en sus tasas de incidencia por 100,000 habitantes. La diabetes tipo 2 presentó las tasas más elevadas en los meses de septiembre y octubre, con valores de 0.88, observándose posteriormente una disminución en noviembre (0.44) y ausencia de registros en diciembre. Posteriormente, se identificó un nuevo incremento en enero con una tasa de 0.88, sin registrar casos en febrero.

La hipertensión arterial únicamente presentó registró durante el mes de septiembre, con una tasa de 0.88 por 100,000 habitantes, sin observarse nuevos casos durante el resto del periodo analizado. En cuanto a las contracturas musculares, se registraron tasas de 0.44 en octubre y enero, observándose el valor más alto en febrero con una tasa de 0.88, mientras que en los meses restantes no se documentaron casos.

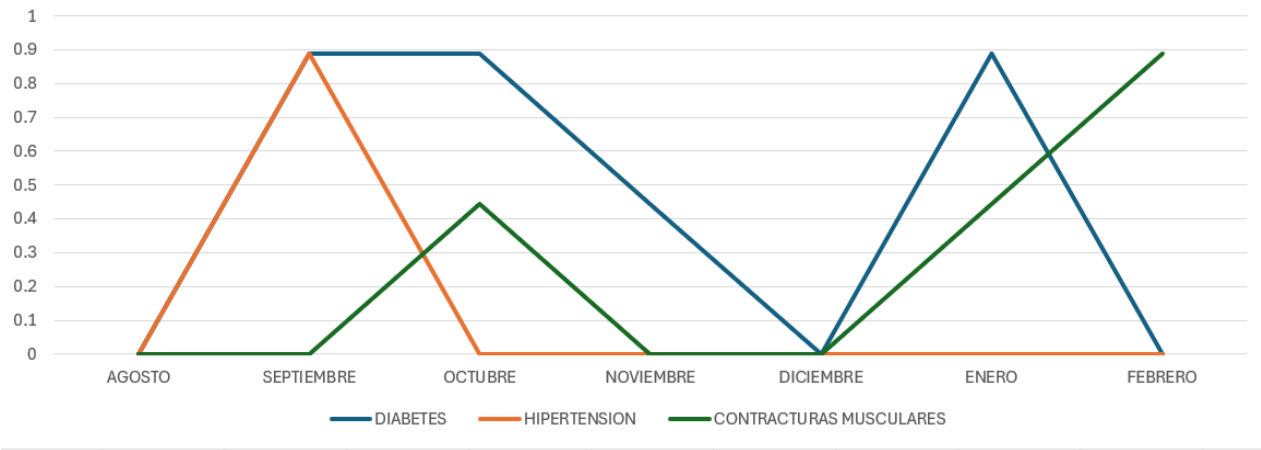
En general, las tasas mensuales evidencian un comportamiento irregular de las enfermedades no transmisibles analizadas, con aparición intermitente de los casos y sin una tendencia sostenida a lo largo del periodo de estudio. (Gráfica 9)

Por otro lado, en el periodo comprendido entre agosto de 2025 y febrero de 2026, la morbilidad mensual de las principales enfermedades transmisibles mostró variaciones en sus tasas de incidencia. Las infecciones respiratorias presentaron las tasas más elevadas durante todo el periodo analizado, observándose un incremento progresivo desde septiembre (11.10) hasta alcanzar su valor máximo en octubre (15.10). Posteriormente, se identificó una disminución en noviembre (6.66) y una estabilización durante los meses de diciembre, enero y febrero, con tasas cercanas a 3.99. No se registraron casos en agosto.

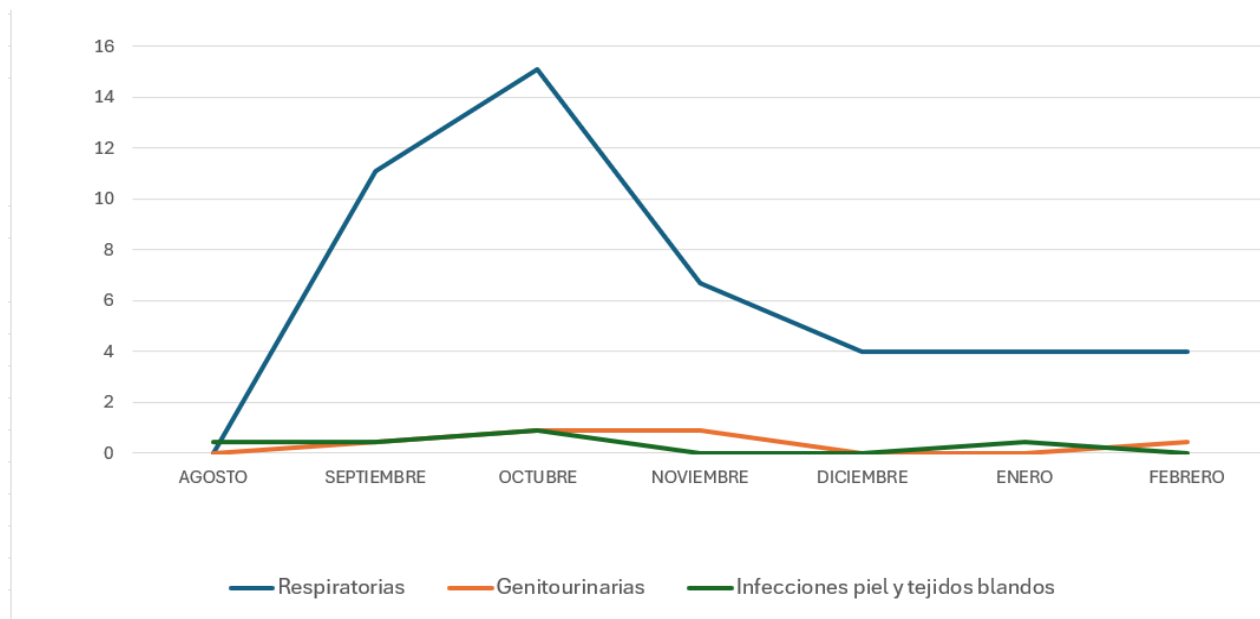
Las infecciones genitourinarias mostraron tasas bajas a lo largo del periodo, con registros en septiembre (0.44), octubre y noviembre (0.88), ausencia de casos en diciembre y enero, y un nuevo registro en febrero (0.44).

En cuanto a las infecciones de piel y tejidos blandos, se observaron tasas de 0.44 en agosto y septiembre, con incremento en octubre (0.88), ausencia de casos en noviembre y diciembre, y un nuevo registro en enero (0.44), sin presentarse casos en febrero.

En general, las tasas mensuales evidencian predominio de las infecciones respiratorias respecto a las demás enfermedades transmisibles, así como un comportamiento variable y discontinuo en las infecciones genitourinarias y de piel y tejidos blandos durante el periodo de estudio. (Gráfica 8)



Gráfica 8. Principales enfermedades no transmisibles por mes de atención en el periodo agosto 2025 a febrero 2026 en el C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.



Gráfica 9. Principales enfermedades transmisibles por mes de atención en el periodo agosto 2025 a febrero 2026 en el C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.

Priorización de problemas de salud mediante el método de Hanlon

Tabla de Priorización

Problema	A	B	C	D	Puntaje
Diabetes mellitus tipo 2	8	9	1.5	1	25.5
Hipertensión arterial	8	9	1.5	1	25.5
Infecciones respiratorias agudas	6	6	1	1	12
Infecciones genitourinarias	6	6	1	1	12
Contractura muscular	6	6	0.5	1	6

Al aplicar la fórmula, la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial obtuvieron el puntaje más alto (25.5), posicionándose como los problemas prioritarios de intervención. Les siguieron las infecciones respiratorias y genitourinarias (12), mientras que la contractura muscular presentó el puntaje menor (6).²⁹

Estos resultados coinciden con lo descrito en la discusión, donde se identificó que las enfermedades crónicas continúan representando la mayor carga de atención en el primer nivel, coexistiendo con padecimientos infecciosos frecuentes que siguen generando consulta diaria.²⁹

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos durante el periodo de estudio, se observó que las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de atención médica en el C.S.T III Dr. José Castro Villagrana, destacando principalmente la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial, las cuales presentaron las tasas de incidencia más altas dentro de la población atendida.

Este hallazgo coincide con lo que se observa de manera habitual en el primer nivel de atención, donde gran parte de las consultas corresponde al seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.

Diversos estudios realizados en México mencionan que la diabetes tipo 2 continúa siendo uno de los principales problemas de salud debido a la dificultad para mantener un adecuado control metabólico, lo que ocasiona consultas frecuentes para vigilancia y tratamiento.³⁰ De forma similar, la hipertensión arterial sigue siendo un motivo común de atención médica, principalmente por la necesidad de control continuo para prevenir complicaciones a largo plazo.³¹

Con base en los problemas identificados durante el diagnóstico situacional, se realizó la priorización utilizando el método de Hanlon, el cual permitió ordenar los principales problemas de salud tomando en cuenta qué tan frecuentes son, el impacto que generan en los pacientes y la posibilidad real de intervenir desde la unidad médica.³² A partir de este análisis, la diabetes tipo 2 se identificó como el problema prioritario, debido a su frecuencia y a las complicaciones que puede ocasionar si no se mantiene un adecuado control. Posteriormente se ubicó la hipertensión arterial, mientras que las infecciones respiratorias y genitourinarias mostraron menor prioridad al tratarse en su mayoría de padecimientos agudos.

Los resultados también muestran que actualmente coexisten enfermedades crónicas junto con padecimientos infecciosos comunes, situación que se observa con frecuencia en las unidades de atención primaria y que refleja las necesidades reales de salud de la población atendida.³³

A partir de esta priorización, se considera necesario fortalecer principalmente las acciones preventivas dirigidas a pacientes con diabetes e hipertensión, promoviendo la detección temprana, el seguimiento periódico y la educación para la salud enfocada en hábitos saludables. Asimismo, resulta importante continuar reforzando las medidas preventivas relacionadas con infecciones respiratorias y genitourinarias, ya que continúan generando una parte importante de la consulta diaria.

Por otro lado, aunque la población pediátrica representó un menor número de atenciones durante el periodo analizado, es importante reforzar las acciones de prevención desde edades tempranas mediante el control del niño sano, vacunación, vigilancia del crecimiento y desarrollo y orientación a padres sobre hábitos saludables. Estas actividades permiten disminuir factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida.

En general, los resultados obtenidos permiten reconocer la importancia del primer nivel de atención como el espacio principal para la prevención, detección oportuna y seguimiento de los problemas de salud más frecuentes en la comunidad.

Conclusión

El análisis realizado permitió identificar que la mayor parte de la atención en la unidad médica se dirige al manejo de enfermedades crónicas, principalmente diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, las cuales continúan representando una carga importante para el primer nivel de atención. Asimismo, se observó que, aunque existen acciones preventivas, estas aún resultan limitadas frente a las necesidades de la población, situación que puede dificultar la continuidad del tratamiento y el adecuado seguimiento de los pacientes.

Ante este contexto, cobra mayor importancia fortalecer la educación en salud y la participación activa de la población, promoviendo medidas de autocuidado y prevención que permitan disminuir la aparición de complicaciones y reducir la dependencia exclusiva de los recursos institucionales.

Intervención

Título: Educación en diabetes y bienestar emocional: intervención para promover el autocuidado y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2.

Justificación:

De acuerdo con los resultados del diagnóstico de salud y la priorización mediante el método de Hanlon, se identificó a la diabetes tipo 2 como el principal problema de salud en la población. No obstante, durante la atención médica en el primer nivel, a través de la historia clínica, el interrogatorio dirigido y la observación clínica, se identificó la influencia de factores emocionales y sociales en el control de dicha enfermedad.

Durante la consulta, los pacientes refirieron que, en algunas ocasiones presentaban ansiedad, sentimientos de culpa, tristeza y enojo, así como conductas relacionadas con la alimentación asociadas a situaciones de estrés, tales como el consumo excesivo de alimentos, la preferencia por productos altos en azúcares y grasas, la ingesta impulsiva y la dificultad para mantener un plan de alimentación, lo que afecta la adherencia terapéutica y el autocuidado. Además, se observó desconocimiento sobre su enfermedad, dificultades para su aceptación e ideas erróneas, como considerar cifras elevadas de glucosa como adecuadas o dentro de rangos normales.

Asimismo, se evidenciaron limitaciones en las redes de apoyo social, lo que dificulta el seguimiento de las indicaciones médicas y aumenta la vulnerabilidad emocional.

Con base en lo anterior, se propone implementar una intervención educativa con enfoque emocional durante la consulta, orientada a mejorar la adherencia terapéutica y el autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas.

Para evaluar la intervención, se utilizarán instrumentos validados. El PHQ-9 permitirá identificar síntomas depresivos, mientras que el DKQ-24 evaluará el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, lo que permite orientar la educación en salud de manera más precisa.^{34, 35}

Objetivo general

- Fortalecer los conocimientos sobre diabetes y favorecer conductas de autocuidado y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 mediante una intervención educativa con enfoque emocional.

Objetivos específicos

- Identificar factores emocionales que influyen en el control de la enfermedad.
- Evaluar el nivel de conocimiento del paciente sobre su padecimiento.
- Mejorar el conocimiento en salud mediante educación dirigida.
- Promover el reconocimiento de la relación entre emociones y autocuidado.

Metodología

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que acudieron a consulta médica en el primer nivel de atención durante el periodo de intervención.
- Pacientes que aceptaron participar en la intervención y responder los cuestionarios.

Criterios de exclusión

- Pacientes con alteraciones cognitivas que dificultaran la comprensión de los cuestionarios.
- Pacientes con limitaciones para la comunicación que impidieran la aplicación de la intervención.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no completaron los cuestionarios en su totalidad.
- Pacientes que decidieron no continuar durante la aplicación de la intervención.
- Pacientes que fallecieron durante el periodo de intervención

Diseño de la intervención

La intervención consistió en una sesión educativa individual realizada durante la consulta médica, con una duración aproximada de 15 a 25 minutos, dirigida a pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2. Antes de participar, los pacientes aceptaron formar parte del estudio mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 1).

Durante la sesión se abordó cómo se sentía el paciente respecto a su enfermedad y de qué manera estas emociones podían influir en el apego al tratamiento y en sus hábitos de salud. Asimismo, se reforzaron los conocimientos sobre la enfermedad, haciendo énfasis en la corrección de ideas erróneas y en la importancia del autocuidado. La intervención se desarrolló en cinco momentos: introducción, abordaje emocional, educación en diabetes, integración y cierre, de acuerdo con el guión de la intervención educativa (Anexo 2). Al finalizar la sesión, se resolvieron dudas y, cuando fue necesario, se orientó al paciente para acudir a los servicios de nutrición o psicología con los que cuenta el centro de salud. Asimismo, se entregó un tríptico informativo (Anexo 7).

Con el propósito de facilitar la comprensión de los participantes durante la aplicación de los cuestionarios, se utilizaron versiones adaptadas del Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9) y del Diabetes Knowledge Questionnaire-24 (DKQ-24; Cuestionario de Conocimiento sobre Diabetes de 24 reactivos), derivadas de las versiones originales en español. La adaptación consistió únicamente en ajustes de redacción de algunos reactivos para emplear un lenguaje más claro y accesible, conservando el contenido conceptual, la estructura, las opciones de respuesta y el sistema de puntuación de los instrumentos originales, con la finalidad de facilitar su comprensión durante la consulta. La versión original y la versión adaptada del DKQ-24 se integraron en los Anexos 3 y 4, respectivamente, mientras que la versión original y la versión adaptada del PHQ-9 se integraron en los Anexos 5 y 6, respectivamente.^{34,35}

Como herramientas de evaluación, el cuestionario PHQ-9 se aplicó en una sola ocasión para identificar síntomas depresivos como parte de la valoración del estado emocional del paciente, mientras que el cuestionario DKQ-24 se aplicó antes y después de la sesión educativa, con el fin de evaluar los cambios en el nivel de conocimiento sobre diabetes.^{34,35}

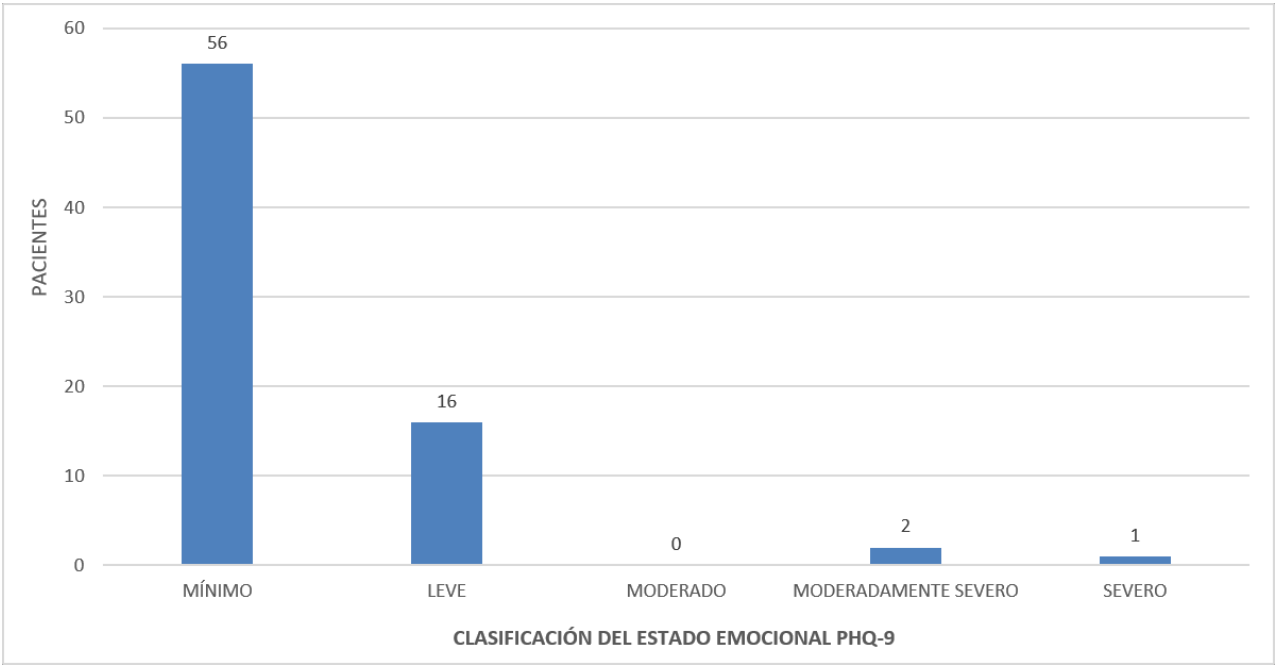
El cuestionario DKQ-24 se calificó asignando un punto por cada respuesta correcta y cero puntos a las respuestas incorrectas o "no sabe", con un puntaje total de 0 a 24. A mayor puntaje, mayor nivel de conocimiento sobre la enfermedad. Para su interpretación, los puntajes se clasificaron de la siguiente manera: bajo (0 a 8 puntos), medio (9 a 16 puntos) y alto (17 a 24 puntos). ³⁵

El cuestionario PHQ-9 se calificó mediante la suma de las puntuaciones de cada reactivo, con valores de 0 a 3 según la frecuencia de los síntomas, obteniendo un puntaje total de 0 a 27. La interpretación fue: mínimo (0 a 4 puntos), leve (5 a 9 puntos), moderado (10 a 14 puntos), moderadamente severo (15 a 19 puntos) y severo (20 a 27 puntos). ³⁴

Resultados de la intervención educativa

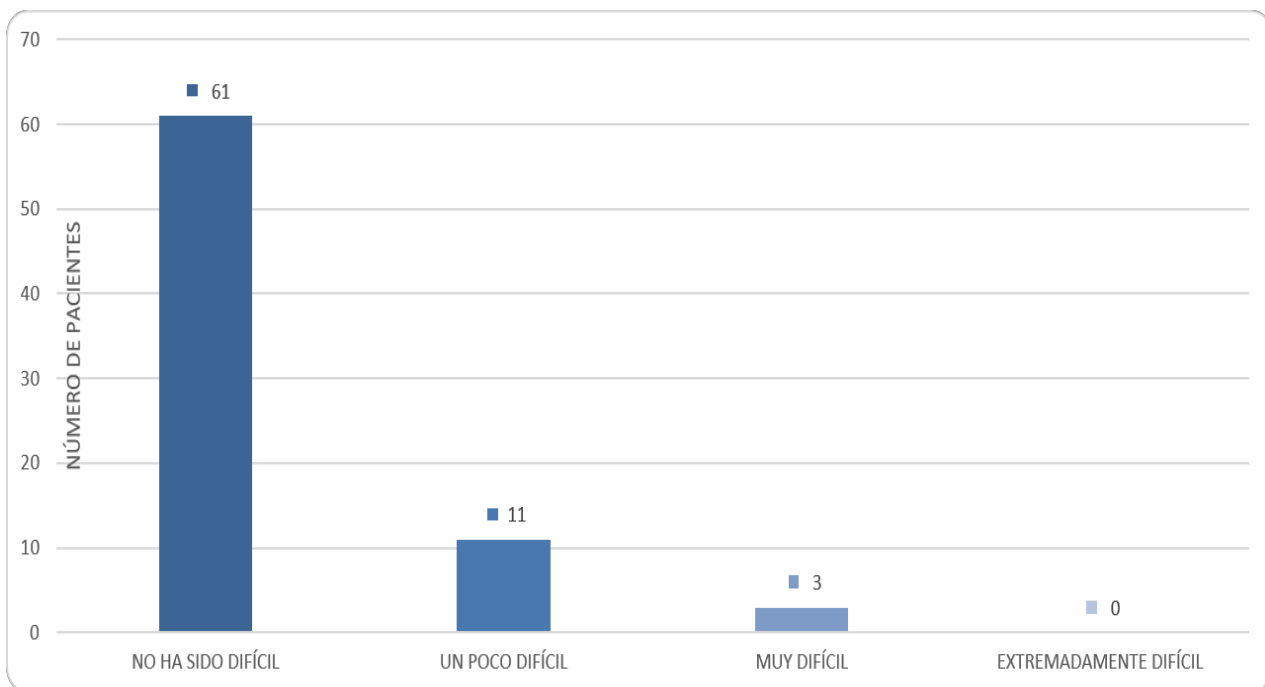
Características generales de la población

La muestra final estuvo integrada por 75 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que completaron la intervención educativa y respondieron en su totalidad los cuestionarios DKQ-24 (antes y después de la intervención) y PHQ-9. Predominó el sexo femenino, con 41 participantes (55%), mientras que 34 (45%) correspondieron al sexo masculino. La edad de los participantes tiene un rango de 35 a 85 años, con una mediana de 62 años.



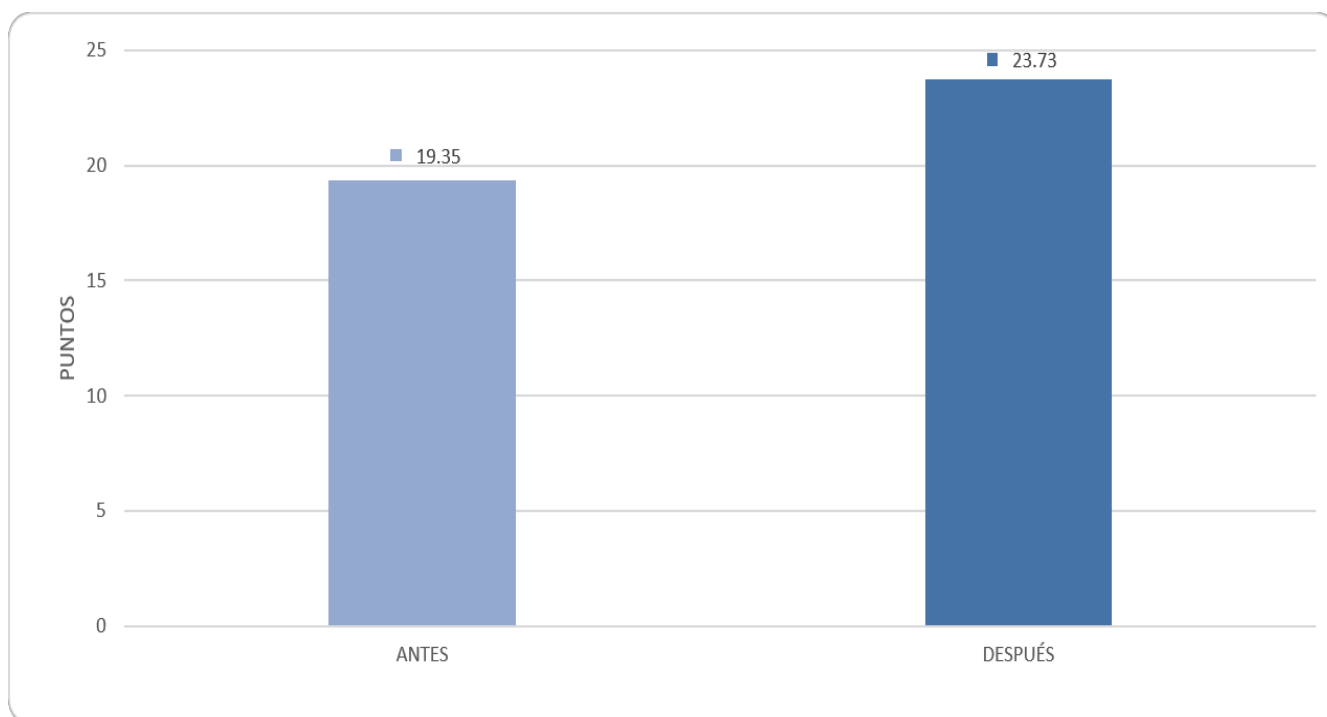
Gráfica 10. Clasificación del estado emocional de los pacientes con diabetes tipo 2 mediante el cuestionario PHQ-9 en el periodo marzo 2026 a julio 2026 en el C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.

La evaluación del estado emocional mediante el cuestionario PHQ-9 mostró que 56 pacientes (75%) presentaron una clasificación mínima, 16 (21%) leve, 2 (3%) moderadamente severa y 1 (1%) severa. No se registraron pacientes con clasificación moderada, predominando la clasificación mínima.



Gráfica 11. Dificultad funcional ocasionada por los síntomas emocionales según la pregunta complementaria del PHQ-9 en pacientes con diabetes tipo 2, en el periodo marzo 2026 a julio 2026 en el C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.

La mayoría de los pacientes (61; 81%) refirió que los síntomas emocionales no habían dificultado la realización de sus actividades cotidianas. En contraste, 11 pacientes (15%) manifestaron un poco de dificultad y 3 (4%) mucha dificultad.

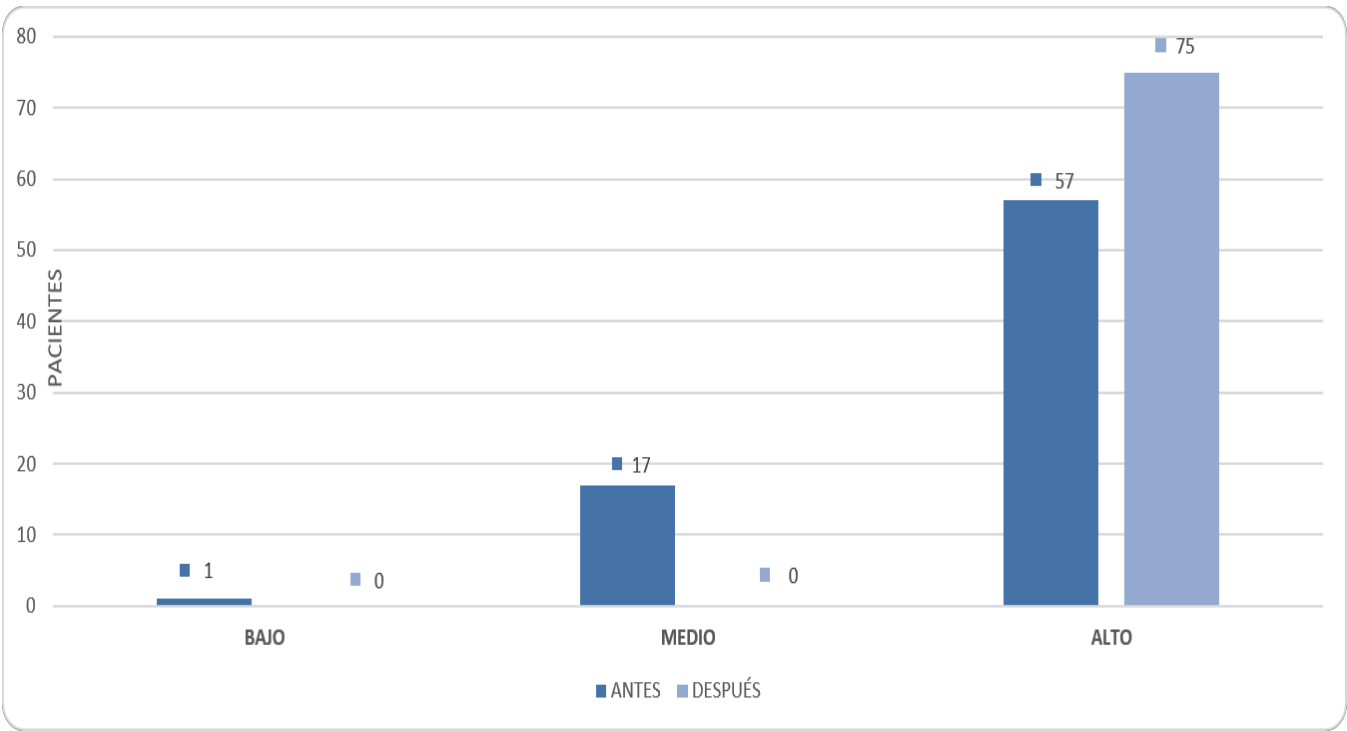


Gráfica 11. Conocimiento sobre diabetes antes y después de la intervención educativa. puntaje promedio del cuestionario de conocimiento sobre diabetes (DKQ-24) antes y después de la intervención educativa en pacientes con diabetes tipo 2 en el periodo marzo 2026 a julio 2026 en el C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.

El puntaje promedio del cuestionario DKQ-24 fue de 19.35 puntos antes de la intervención educativa y de 23.73 puntos después de su aplicación, lo que muestra un incremento en el nivel de conocimiento sobre diabetes tipo 2.

Evaluación	Puntaje obtenido
Antes de la intervención	19.35
Después de la intervención	23.73
Diferencia	+4.38

Tabla 10. Comparación de los puntajes obtenidos en el cuestionario DKQ-24 antes y después de la intervención educativa en pacientes con diabetes tipo 2 en el periodo marzo 2026 a julio 2026 en el C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.



Gráfica 12. Nivel de conocimiento sobre diabetes antes y después de la intervención educativa en pacientes con diabetes tipo 2 en el periodo marzo 2026 a julio 2026 en el C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Tlalpan, CDMX.

Antes de la intervención educativa, 57 pacientes (76%) presentaron un nivel de conocimiento alto, 17 (23%) un nivel medio y 1 (1%) un nivel bajo. Después de la intervención, los 75 pacientes (100%) alcanzaron un nivel de conocimiento alto.

Discusión

La diabetes tipo 2 fue el principal problema de salud identificado durante el diagnóstico realizado en el Centro de Salud Tipo III Dr. José Castro Villagrana; por ello, se diseñó una intervención educativa con enfoque emocional dirigida a fortalecer el conocimiento de los pacientes e incorporar la valoración de síntomas depresivos durante la consulta médica.

La American Diabetes Association considera que la educación para el autocuidado constituye uno de los pilares del tratamiento de la diabetes tipo 2, ya que favorece la participación activa del paciente y la adherencia al tratamiento.³⁶

Los resultados obtenidos respaldan estas recomendaciones, pues el puntaje promedio del DKQ-24 aumentó de 19.35 a 23.73 puntos, mientras que la proporción de pacientes con un nivel de conocimiento alto pasó de 76 % a 100 % después de la intervención.

De manera similar, Powers y colaboradores, en el consenso Diabetes Self-Management Education and Support (DSMES), señalan que los programas estructurados de educación fortalecen los conocimientos y las habilidades necesarias para el autocuidado de las personas con diabetes tipo 2.³⁸ Los resultados obtenidos en este estudio respaldan dichas recomendaciones, ya que la intervención permitió incrementar el nivel de conocimiento de todos los participantes utilizando una estrategia breve y factible de implementar durante la consulta médica.

Respecto al estado emocional, Young-Hyman y colaboradores recomiendan que la valoración psicosocial forme parte del seguimiento habitual de las personas con diabetes tipo 2, debido a que la depresión y otros problemas emocionales pueden afectar la adherencia al tratamiento y el control de la enfermedad.³⁷ En este estudio, aunque la mayoría de los participantes presentó síntomas depresivos mínimos, también se identificaron pacientes con depresión leve, moderadamente severa y severa, lo que pone de manifiesto la utilidad del

tamizaje para detectar oportunamente a pacientes que requieren una valoración clínica más completa.

Para la evaluación de la intervención se utilizaron dos instrumentos ampliamente validados. Kroenke y colaboradores demostraron la validez y confiabilidad del PHQ-9 para el tamizaje de síntomas depresivos,³⁴ mientras que García y colaboradores desarrollaron el DKQ-24 para evaluar el conocimiento sobre diabetes en población hispanohablante.³⁵ La aplicación de ambos instrumentos permitió valorar de forma objetiva el estado emocional y los cambios en el conocimiento de los pacientes después de la intervención.

Entre las fortalezas del estudio destaca la integración de la educación sobre diabetes tipo 2 y la valoración del estado emocional en una sola intervención, utilizando instrumentos validados y de fácil aplicación en el primer nivel de atención. Como limitaciones, la intervención se realizó en una sola unidad de salud y la evaluación del conocimiento se efectuó inmediatamente después de la sesión educativa, por lo que no fue posible determinar la permanencia del aprendizaje ni su impacto sobre variables clínicas como el control glucémico o la adherencia terapéutica.

En conjunto, los hallazgos obtenidos sugieren que una intervención educativa breve con enfoque emocional constituye una estrategia factible para fortalecer el conocimiento sobre diabetes tipo 2 y favorecer la detección temprana de síntomas depresivos durante la consulta médica, contribuyendo a una atención más integral de las personas que viven con esta enfermedad.^{36, 37, 38}

Conclusión

La presente intervención educativa cumplió con el objetivo de fortalecer el conocimiento sobre diabetes tipo 2 en los pacientes participantes. Lo anterior se reflejó en el incremento del puntaje promedio obtenido en el cuestionario DKQ-24 y en que, al finalizar la intervención, todos los participantes fueron clasificados con un nivel de conocimiento alto de acuerdo con los criterios establecidos para este instrumento.

La aplicación del cuestionario PHQ-9 permitió identificar pacientes con puntuaciones compatibles con síntomas depresivos, lo que resalta la importancia de incorporar la valoración del estado emocional como parte de la atención integral de las personas con diabetes tipo 2. Aunque la mayoría de los participantes presentó una clasificación mínima, el tamizaje permitió reconocer a quienes podrían beneficiarse de una valoración clínica más amplia y, en caso necesario, de un seguimiento oportuno.

La experiencia obtenida durante este trabajo demostró que es posible integrar una intervención educativa breve dentro de la consulta médica habitual, sin modificar de manera importante la dinámica de atención. Asimismo, el empleo de versiones con lenguaje simplificado del PHQ-9 y del DKQ-24 permitió conservar el contenido y el sistema de puntuación de los instrumentos originales, favoreciendo su aplicación en la población atendida.

Finalmente, esta intervención muestra que la educación para la salud y la valoración del estado emocional pueden incorporarse de manera conjunta durante la consulta médica como parte del manejo integral de las personas con diabetes tipo 2.

Considerar ambos aspectos favorece una atención más completa, fortalece la participación del paciente en el cuidado de su salud y contribuye a una práctica médica más cercana a las necesidades de la población.

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Educación en diabetes y bienestar emocional: intervención educativa para promover el autocuidado y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2

Lugar: C.S. T-III "Dr. José Castro Villagrana" **Periodo:** Marzo–Julio 2026

Riesgo: Investigación con riesgo mínimo.

Investigadora responsable: Frida Beatriz Fragoso Sanabria

Asesora académica externa: Dra. Patricia Flores Huitrón.

Asesoras académicas internas: Dra. Daniela Fernández Alvarado y Dra. Alejandra Gasca García (UAM-X).

INVITACIÓN A PARTICIPAR

Se le invita a participar en un proyecto de investigación dirigido a pacientes con diabetes tipo 2. Su participación es voluntaria.

JUSTIFICACIÓN

La diabetes tipo 2 requiere conocimientos adecuados y participación activa del paciente para lograr un mejor control. Además, factores emocionales pueden influir en el seguimiento del tratamiento y en las conductas de autocuidado.

OBJETIVO

Fortalecer los conocimientos sobre diabetes y favorecer conductas de autocuidado y adherencia terapéutica mediante una intervención educativa con enfoque emocional.

¿QUÉ TENDRÉ QUE HACER?

- Contestar el Diabetes Knowledge Questionnaire-24 (DKQ-24) antes de la intervención.
- Contestar nuevamente el DKQ-24 al finalizar la intervención.
- Contestar el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) en una sola ocasión.
- Participar en una sesión educativa individual de 10 a 15 minutos.

RIESGOS Y BENEFICIOS

No existen riesgos físicos. Algunas preguntas podrían generar incomodidad emocional temporal. La participación puede ayudarle a comprender mejor la diabetes, fortalecer conocimientos y favorecer conductas de autocuidado.

Anexo 1. Consentimiento informado hoja 1

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información será manejada de forma confidencial. Los cuestionarios serán identificados mediante un código y no mediante su nombre. Los resultados podrán utilizarse con fines académicos o científicos sin revelar su identidad.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica, los servicios de salud ni los beneficios a los que tiene derecho.

ACLARACIÓN DE DUDAS

Todas las dudas relacionadas con este proyecto serán atendidas por la investigadora responsable antes, durante o después de su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

He leído o me han explicado la información contenida en este documento. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y todas mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente. Entiendo que mi participación es voluntaria y acepto participar en este proyecto de investigación.

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo: _____

Edad: _____ años

Fecha: ____ / ____ / 2026

Firma o huella: _____

INVESTIGADORA RESPONSABLE

Frida Beatriz Fragoso Sanabria

Firma: _____

ASESORA ACADÉMICA EXTERNA

Dra. Patricia Flores Huitrón

Firma: _____

TESTIGO 1

Nombre: _____

Firma: _____

TESTIGO 2

Nombre: _____

Firma: _____

Anexo 1.1 Consentimiento informado hoja 2

Guión de la intervención educativa

1. Introducción–presentación (1–2 minutos)

Buenos días/tardes. Hoy vamos a platicar sobre su enfermedad y algunas estrategias que pueden ayudarle a mejorar su control de manera práctica y sencilla. Antes de comenzar con el primer tema, me gustaría que me ayudara a contestar los siguientes cuestionarios, para saber qué tanto conoce del tema (aquí se le entrega el cuestionario inicial DKQ-24 y el PHQ-9, que se aplica una sola vez).

2. Abordaje emocional (5 minutos)

Me gustaría comenzar preguntándole: ¿cómo se ha sentido últimamente con su enfermedad? Es importante reconocer cómo se siente respecto a esta, por lo cual le invito a que identifiquemos si han estado presentes sensaciones como estrés, tristeza o desmotivación, ya que estas emociones pueden influir en su cuidado diario.

Tener una enfermedad crónica implica cambios en la vida diaria, y no siempre es fácil adaptarse. Por ejemplo, cuando una persona está estresada o triste, puede tener más antojos, comer fuera de horario o dejar de seguir el tratamiento. Es como cuando tenemos muchas cosas en la cabeza y nos cuesta organizarnos. Las emociones influyen en nuestras decisiones, por eso es importante identificarlas.

Por otro lado, me gustaría saber quién forma parte de su red de apoyo, en quién puede confiar en caso de alguna emergencia o necesidad, con quién vive y si estas personas están disponibles para usted cuando no se siente bien, no solamente en lo físico, sino también en lo emocional.

Es importante buscar apoyo en familiares o personas cercanas, ya que el acompañamiento facilita la aceptación de la enfermedad con la que ha sido diagnosticado, en este caso la diabetes, así como el apego al tratamiento. Además, permite aprender a llevar una vida que, aunque no sea igual a la de antes, puede ser lo más equilibrada y funcional posible.

También le invitó a establecer pequeñas metas personales que le motiven para mejorar su salud o prevenir complicaciones. Es importante recordar que sentirse así forma parte del proceso y que reconocerlo permite tomar mejores decisiones sobre su salud.

3. Educación en diabetes (10 minutos)

Ahora vamos a hablar de su enfermedad. La diabetes tipo 2 no aparece por una sola causa, sino por la combinación de varios factores. Por un lado, hay personas que tienen cierta predisposición, es decir, antecedentes familiares que las hacen más propensas a desarrollarla. Además, con el tiempo, hábitos como una alimentación alta en azúcares y grasas, el sedentarismo o el aumento de peso hacen que el cuerpo tenga que producir más insulina de lo normal.

La insulina funciona como una “llave” que permite que el azúcar entre a las células para usarse como energía; sin embargo, en la diabetes tipo 2 el cuerpo deja de responder adecuadamente a esa insulina, como si la “cerradura” ya no abriera bien. A esto se le llama resistencia a la insulina. Al inicio, el cuerpo intenta compensar produciendo más insulina, pero con el tiempo el páncreas se va cansando y ya no produce la cantidad suficiente. Por eso, el azúcar se queda en la sangre en lugar de entrar a las células, lo que provoca que los niveles de glucosa se eleven.

Es importante saber que la diabetes no se cura, pero sí se puede controlar con tratamiento adecuado. Por eso, no es normal tener niveles altos de glucosa y es necesario mantenerlos dentro de un rango adecuado.

El control de la diabetes no depende solo del medicamento. El ejercicio, la alimentación y el seguimiento médico son igual de importantes. No basta con tomar pastillas si no se cuidan los hábitos. También es importante entender que la diabetes no se diagnostica ni se controla con pruebas de orina, sino con estudios de sangre, especialmente en ayuno, aunque también pueden realizarse en otros momentos del día.

Si la diabetes no se controla, puede afectar diferentes partes del cuerpo, como los riñones, los ojos, la circulación y los nervios, lo que puede ocasionar pérdida de sensibilidad en manos y pies. Por ello, es importante tener cuidados diarios, como revisar sus niveles de glucosa, cuidar las heridas (ya que pueden tardar más en cicatrizar), tener especial cuidado al cortarse las uñas y limpiar adecuadamente cualquier lesión.

También es importante saber que algunos síntomas pueden indicar que el azúcar está alta o baja. Por ejemplo, el temblor o la sudoración pueden indicar niveles bajos de azúcar,

mientras que orinar con frecuencia o tener mucha sed pueden ser señales de niveles altos. En cuanto a la alimentación, no se trata de comer “comida especial”, sino de aprender a elegir mejor los alimentos y mantener una dieta equilibrada. Finalmente, la forma en que usted prepara sus alimentos también es importante, no solo lo que come.

4. Integración (2 minutos)

El control de la diabetes depende tanto de los conocimientos como del estado emocional. Se recomienda reconocer las emociones, fortalecer la motivación y aplicar los conocimientos adquiridos para mejorar el autocuidado.

5. Cierre

(1–2 minutos) Se refuerza la importancia de realizar cambios graduales y constantes. Se recuerda que el paciente es parte fundamental de su tratamiento y que cada pequeño esfuerzo contribuye a mejorar su calidad de vida.

6. Evaluación final Se pregunta si existe alguna duda y se aplica nuevamente el cuestionario DKQ-24.

Anexo 2. Guión de intervención educativa

APPENDIX—Diabetes Knowledge Questionnaire

Item #	Preguntas Questions	Sí Yes	No No	No sé I don't know
1.	El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes. Eating too much sugar and other sweet foods is a cause of diabetes.		✓	
2.	La causa común de la diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo. The usual cause of diabetes is lack of effective insulin in the body.	✓		
3.	La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina. Diabetes is caused by failure of the kidneys to keep sugar out of the urine.		✓	
4.	Los riñones producen la insulina. Kidneys produce insulin.		✓ ✓	
5.	En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube. In untreated diabetes, the amount of sugar in the blood usually increases.		✓ ✓	
6.	Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos. If I am diabetic, my children have a higher chance of being diabetic.		✓	
7.	Se puede curar la diabetes. Diabetes can be cured.		✓	
8.	Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto. A fasting blood sugar level of 210 is too high.		✓	
9.	La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina. The best way to check my diabetes is by testing my urine.		✓	
10.	El ejercicio regular aumentará la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes. Regular exercise will increase the need for insulin or other diabetic medication.		✓	
11.	Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y Tipo 2 (no-dependiente de insulina). There are two main types of diabetes: Type 1 (insulin-dependent) and Type 2 (non-insulin-dependent).		✓	
12.	Una reacción de insulina es causada por mucha comida. An insulin reaction is caused by too much food.		✓	
13.	La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes. Medication is more important than diet and exercise to control my diabetes.		✓	
14.	La diabetes frecuentemente causa mala circulación. Diabetes often causes poor circulation.	✓		
15.	Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabéticos. Cuts and abrasions on diabetics heal more slowly.	✓ ✓		
16.	Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies. Diabetics should take extra care when cutting their toenails.	✓		
17.	Una persona con diabetes debería limpiar una cortadura primero yodo y alcohol. A person with diabetes should cleanse a cut with iodine and alcohol.		✓	
18.	La manera en que preparo mi comida es igual de importante que las comidas que como. The way I prepare my food is as important as the foods I eat.	✓		
19.	La diabetes puede dañar mis riñones. Diabetes can damage my kidneys.	✓		
20.	La diabetes puede causar que no sienta en mis manos, dedos y pies. Diabetes can cause loss of feeling in my hands, fingers, and feet.	✓		
21.	El temblar y sudar son señales de azúcar alta en la sangre. Shaking and sweating are signs of high blood sugar.		✓	

continued on page 21

Item #	Preguntas Questions	Sí Yes	No No	No sé I don't know
22.	El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en la sangre. Frequent urination and thirst are signs of low blood sugar.		✓	
23.	Los calcetines y las medias elásticas apretadas no son malos para los diabéticos. Tight elastic hose or socks are not bad for diabetics.		✓	
24.	Una dieta diabética consiste principalmente de comidas especiales. A diabetic diet consists mostly of special foods.		✓	

Items on the DKQ-24 and correct response ✓ = correct answer.

Anexo 3. Fuente: García AA et al. Diabetes Care. 2001.

Cuestionario de Conocimiento sobre Diabetes (DKQ-24)

Versión adaptada por el autor para facilitar la comprensión del paciente

Instrucciones: Marque la respuesta que considere correcta.

No.	Pregunta	Sí	No	No sé
1	Comer mucha azúcar y dulces puede favorecer la diabetes.			
2	La diabetes ocurre cuando la insulina no funciona adecuadamente en el cuerpo.			
3	La diabetes ocurre porque los riñones no pueden sacar el azúcar de la orina.			
4	Los riñones producen la insulina.			
5	Cuando la diabetes no se trata, el azúcar en la sangre suele subir.			
6	Si una persona tiene diabetes, sus hijos tienen más riesgo de desarrollarla.			
7	La diabetes se puede curar completamente.			
8	Un nivel de azúcar de 210 en ayuno es muy alto.			
9	La mejor manera de revisar la diabetes es con pruebas de orina.			
10	Hacer ejercicio regularmente aumenta la necesidad de medicamentos para la diabetes.			
11	Existen dos tipos principales de diabetes: tipo 1 y tipo 2.			
12	Una reacción de insulina ocurre por comer demasiada comida.			
13	El medicamento es más importante que la alimentación y el ejercicio para controlar la diabetes.			
14	La diabetes puede causar problemas en la circulación.			
15	Las heridas tardan más en cicatrizar en personas con diabetes.			
16	Las personas con diabetes deben tener cuidado al cortarse las uñas de los pies.			
17	Una cortadura en una persona con diabetes debe limpiarse primero con yodo y alcohol.			
18	La forma en que preparo mis alimentos es tan importante como lo que como.			
19	La diabetes puede dañar los riñones.			
20	La diabetes puede causar pérdida de sensibilidad en manos y pies.			
21	El temblor y la sudoración son señales de azúcar alta.			
22	Orinar frecuentemente y tener mucha sed son señales de azúcar baja.			
23	Los calcetines o medias muy apretadas no hacen daño a las personas con diabetes.			
24	Una dieta para diabetes consiste principalmente en comidas especiales.			

Referencia original: García AA, Villagomez ET, Brown SA, Kouzekanani K, Hanis CL. The Starr County Diabetes Education Study: development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. Diabetes Care. 2001;24(1):16–21.

Anexo 4. Cuestionario de Conocimiento sobre Diabetes (DKQ-24), versión adaptada para la población de estudio.

Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)

Durante las <i>últimas 2 semanas</i> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

For office coding: 0 + + +
= Total Score

Si marcó *cualquiera* de los problemas, ¿qué tanta *dificultad* le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido
difícil
☐

Un poco
difícil

Muy
difícil

Extremadamente
difícil

Adapted from the patient health questionnaire (PHQ) screeners (www.phqscreeners.com). Accessed October 6, 2016. See website for additional information and translations.

Anexo 5. Fuente: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. *J Gen Intern Med*. 2001.

Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9)

Versión adaptada por el autor para facilitar la comprensión del paciente

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas.	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado.	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía.	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso.	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a), o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia.	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión.	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O, por el contrario, ¿muy inquieto(a) o agitado(a), que ha estado moviéndose mucho más de lo normal?	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera.	0	1	2	3

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han causado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas?

☐ No ha sido difícil
 ☐ Un poco difícil
 ☐ Muy difícil
 ☐ Extremadamente difícil

Referencia original: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. J Gen Intern Med. 2001.

Anexo 6. Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9), versión adaptada para la población de estudio.

¿Qué ocurre cuando tenemos diabetes?

cuando tenemos diabetes la insulina, no funciona bien provocando que el azúcar se queda en la sangre



¿Por qué nos da diabetes tipo 2?

- No aparece por una sola causa
- Influyen la herencia, hábitos y estilo de vida
- sedentarismo
- consumo excesivo de grasa y azúcares

ENTENDER MI DIABETES

Alimentación
Emociones
Tratamiento
Autocuidado



IMPORTANTE

- La diabetes no se cura, pero sí se controla
- No es normal tener glucosa alta
- Necesitas mantenerla en niveles adecuados
- ACUDE A CONSULTA PARA TU CONTROL DE DIABETES



CONTROL DE LA DIABETES

No depende solo del medicamento
Alimentación + ejercicio + seguimiento + apoyo psicológico



Ejercicio al menos 30 minutos al día dependiendo de tu condición física y la indicación médica

Dieta baja en grasas saturadas, productos procesados y azúcares

CONTAMOS CON SERVICIO DE NUTRICIÓN PARA UNA MEJOR ASESORIA

Tus emociones también forman parte del control de tu diabetes: reconocerlas te ayuda a cuidarte mejor.



IMPORTANTE

Si no controlas tu glucosa, esta puede afectar distintas partes de tu cuerpo:

Ojos Visión borrosa o pérdida de vista	Riñones Daño renal y necesidad de diálisis
Nervios Dolor y pérdida de sensibilidad	Corazón Mayor riesgo de ataques cardíacos
Circulación Mala circulación y heridas difíciles de sanar	

La diabetes no controlada puede traer complicaciones serias.
¡Cuida tu glucosa!

MPSS Frida Beatriz Fragoso Sanabria

Anexo 7. Tríptico informativo sobre la diabetes

Referencias:

1. Molina Rodríguez JF, Lara López LM. Diagnóstico Integral de Salud Poblacional (DISP). Gaceta INSP [Internet]. 2021 [citado 5 dic 2025];15:41-47. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Gaceta/vol15/210729_vinculacion_sociedad.pdf
2. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Guía para la realización de un diagnóstico de salud comunitario. Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura [Internet]. Extremadura: Junta de Extremadura; 2022 [citado 5 dic 2025]. Disponible en: https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/3051/20230109_Guia_realizacion_Diagnostico_de_Salud_Comunitario_Extremadura.pdf
3. Ramos Calero E. Diagnóstico de salud de la comunidad: métodos y técnicas. En: Ramos Calero E. Enfermería comunitaria: métodos y técnicas. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2002. p. 167-185 [Internet]. [citado 5 dic 2025]. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/786_psicologo_en_centros/material/diagnostico_de_salud_de_la_comunidad.pdf
4. Magaña-Valladares L, Molina Rodríguez JF, editores. Diagnósticos integrales de salud poblacional. Resultados de proyectos realizados por equipos de trabajo de la Maestría en Salud Pública, septiembre 2014–agosto 2016 [Internet]. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2017 [citado 5 dic 2025]. Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/2017/Avisos/docs/180315_Diagn%C3%B3sticoIntegral.pdf
5. Universidad Abierta y a Distancia de México. Diagnóstico de salud. U3 de Salud Pública. Segundo semestre [Internet]. México: Universidad Abierta y a Distancia de México; 2018 [citado 5 dic 2025]. Disponible en: https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE1/PES/02/FSPU/unidad_03/descargables/FSPU_U3_Contenido.pdf

6. Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México. Directorio de centros de salud, hospitales, UNEMES, clínicas y laboratorios [Internet]. Ciudad de México: SERSALUD CDMX; 2025 [citado 4 dic 2025]. Disponible en: <https://sersalud.cdmx.gob.mx/sspcdmx/Documentos/directorio/Directorio%20Centro%20de%20Salud,%20Hospitales,%20UNEMES,%20Cl%C3%ADnicas%20y%20L.pdf>
7. Google Maps. Ubicación del Centro de Salud T-III Dr. José Castro Villagrana, Ciudad de México [mapa en Internet]. Mountain View (CA): Google LLC; 2025 [citado 22 dic 2025]. Disponible en: <https://www.google.com/maps>
8. Hernández-Arnulfo G. Historia de la delegación Tlalpan. Rasgos históricos de Tlalpan. Diario de Campo [Internet]. 2018 [citado 18 may 2025];(87):62-73. Disponible en: <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/diariodecampo/article/view/9439>
9. Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva. Panorama geográfico y estadístico de la Ciudad de México: Alcaldía Tlalpan [Internet]. Ciudad de México: IPDP; 2022 [citado 18 may 2025]. Disponible en: <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/46e/90c/67046e90c866f273698183.pdf>
10. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Geografía. Atlas de peligros naturales o riesgos de la Delegación Tlalpan, Distrito Federal 2011 [Internet]. Ciudad de México: UNAM; 2011 [citado 5 dic 2025]. Disponible en: https://rmgir.proyectomesoamerica.org/PDFMunicipales/vr_09012_AR_TLALPAN.pdf
11. Secretaría de Economía. Tlalpan: economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública [Internet]. México: Data México; 2025 [citado 5 dic 2025]. Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/tlalpan>
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama sociodemográfico de Ciudad de México. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. México: INEGI; 2021 [citado 5 dic 2025]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta para la Medición del Impacto COVID-19 en la Educación (ECOVID-ED) 2020–2021 [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2021 [citado 5 dic 2025]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>

14. Secretaría de Bienestar. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2025 [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2025 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/bienestar/documentos/informe-anual-sobre-la-situacion-de-pobreza-y-rezago-social>
15. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de pobreza y evaluación 2022: Ciudad de México [Internet]. México: CONEVAL; 2022 [citado 5 dic 2025]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx>
16. Secretaría de Cultura. Casas y centros culturales en Tlalpan, Ciudad de México [Internet]. México: Sistema de Información Cultural; 2025 [citado 5 dic 2025]. Disponible en: <https://sic.gob.mx>
17. Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México. Boletín estadístico delictivo: octubre 2025 [Internet]. Ciudad de México: FGJCDMX; 2025 [citado 5 dic 2025]. Disponible en: <https://www.fgjcdmx.gob.mx>
18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (ENSU), octubre 2024–septiembre 2025 [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2025 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>
19. Centros de Integración Juvenil. Estudio básico de comunidad objetivo (EBCO) 2024–2030 [Internet]. México: CIJ; 2024 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <http://www.cij.gob.mx/ebco2024-2030/>
20. Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México. Estadísticas de género: población económicamente activa [Internet]. Ciudad de México: SEMUJERES; 2025 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://semujeres.cdmx.gob.mx>
21. Secretaría de Salud. Servicios amigables para adolescentes. Salud sexual y reproductiva de adolescentes [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2021 [citado 5 dic 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud>
22. Google Maps. Centro de Difusión de la Medicina Tradicional A.C. [mapa en Internet]. Mountain View (CA): Google LLC; 2025 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.google.com/maps>
23. TiendasNaturistas.com.mx. Herbolaria y Artículos Místicos [Internet]. México: Tiendas Naturistas; 2025 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://tiendasnaturistas.com.mx>

24. Google Maps. Tienda Naturista El Trébol [mapa en Internet]. Mountain View (CA): Google LLC; 2025 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.google.com/maps>
25. GuiaMexico.mx. El Sendero Natural [Internet]. México: GuiaMexico; 2025 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://guiamexico.mx>
26. Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación. Lista de casas y curanderos de medicina tradicional [Internet]. Ciudad de México: SEPI; 2017 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.sepi.cdmx.gob.mx>
27. Centro de Salud Tipo III Dr. José Castro Villagrana. Información sobre vías de comunicación, transporte y medios de comunicación del área de influencia [documento interno]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2025.
28. Secretaría de Salud. Centro de Salud T-III Dr. José Castro Villagrana. *Población adscrita y metas programáticas 2025*. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2025. Documento institucional no publicado.
29. Morales González F, Cabrera Jiménez M. El método de Hanlon, herramienta metodológica para priorizar necesidades y problemas de salud. *Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud*. 2020;21(1-2):42-49. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/72839>
30. Gallardo-Rincón H, Ríos-Blancas MJ, Montoya A, Saucedo-Martínez R, Morales-Juárez L, Mujica R, et al. Evaluation of effective coverage for type 2 diabetes in Mexican primary care health information systems: a retrospective registry analysis. *Int J Equity Health*. 2023;22:61. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-023-01878-7>
31. Moreno-Altamirano L, García-García JJ. Diabetes mellitus tipo 2 en México: desafío para el sistema de salud. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2025;88(1):1-3. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2524-177X2025000100001>
32. Hanlon JJ, Pickett GE. *Public health administration and practice*. 9th ed. St. Louis: Mosby; 1990. Disponible en: <https://archive.org/details/publichealthadmi0000hanl>

33. Vilches López MF. Diagnóstico de salud en Centro de Salud T-III Dr. José Castro Villagrana en el periodo febrero-diciembre 2024 [tesis]. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2025. Disponible en: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/retrieve/759d5e7d-e839-44b0-a369-64c73b517d8d/252802.pdf>
34. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606–13.
35. Garcia AA, Villagomez ET, Brown SA, Kouzekanani K, Hanis CL. The Starr County Diabetes Education Study: development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. *Diabetes Care*. 2001;24(1):16–21.
36. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S1-S382.
37. Young-Hyman D, de Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2016;39(12):2126-2140.
38. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, Funnell MM, Harms D, Hess Fischl A, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: a consensus report. *Diabetes Care*. 2020;43(7):1636-1649.

