



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SERVICIOS
DE SALUD PÚBLICA
DE LA CIUDAD DE MÉXICO



Jurisdicción sanitaria Tláhuac, CDMX

C.S. T - II San José

**DIAGNÓSTICO DE SALUD
“PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO EN ADULTOS Y
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO
2”**

Pasantes de servicio social de enfermería:
Martínez Gómez Josué Elías

Asesor interno:
Mtra. Elsy Elizabeth Verde Flota

PROMOCIÓN agosto 2023- Julio 2024

Contenido

1.-Introducción del diagnóstico de salud	6
2.-Objetivo	6
3.- Marco de referencia	6
4.- Datos de la unidad de salud	11
4.1.- Dirección y ubicación	12
4.2 Servicios	13
4.3 Organigrama	14
4.4 Misión y visión de la unidad de salud	14
5. Metodología utilizada	15
5.1 Tipo de estudio	15
5.2 Recolección de datos	15
5.3 Límites de tiempo y espacio	15
5.4 Recursos utilizados	15
5.4.1 Recursos humanos	15
5.4.2 Recursos materiales	16
6. Información sociodemográfica del área de estudio	16
6.1Ubicación y mapa del área de estudio	16
6.2 Datos geográficos de la delegación	19
7.- Resultados	19
7.1 Datos de identificación	19
8.- Datos demográficos, acceso a la salud, vacunación y salud bucal	20
8.1. Número de habitantes, por edad e identidad de género de la población encuestada. (Cuadro N°1 y grafica N°1)	20
8.2. Escolaridad de la población encuestada (Cuadro N°2 y grafica N°2)	21
8.3. Estado civil de la población encuestada (Cuadro N°3 y grafica N°3)	22
8.4. Ocupación de la población encuestada (Cuadro N°4 y grafica N°4)	23
8.5. Acceso a servicios de salud de la población encuestada (Cuadro N°5 y grafica N°5)	25
9. Vacunación por grupo de edad	26
9.1. Cobertura de vacunación y Cartilla Nacional de Salud (Cuadro N°6, N°6.1 y grafica N°6 y N°6.1)	26
9.2. Esquemas de vacunación en mujeres de 20 a 59 años (Cuadro N°9 y grafica N°7)	28

9.3. Esquema de vacunación en hombres de 20 a 59 años (Cuadro N°10 y grafica N°8).....	29
9.4. Esquema de vacunación del grupo de edad de 60 y más años (Cuadro N°11 y grafica N°9).....	30
10. Salud Bucal	31
10.1 Higiene bucal de la población encuestada (Cuadro N°12 y grafica N°10).....	31
10.2 Número de veces que realiza la higiene bucal, (Cuadro N°13 y grafica N°11)	32
10.3 Última consulta dental de la población encuestada (Cuadro N°14 y grafica N°12).....	33
11. Características Vivienda	34
11.1. Número de personas que habitan en la vivienda (Cuadro N°15 y grafica N°13)	34
11.2. Número de habitaciones que utilizan en la vivienda para dormir (Cuadro N°16 y grafica N°14).....	35
11.3 Número de ventanas por habitación (Cuadro N°17 y grafica N°15).....	36
11.4. Tenencia de la vivienda (Cuadro N°18 y grafica N°17)	38
11.5. Materiales de construcción de la vivienda (Cuadro N°19 y grafica N°18)	39
11.6 Tipo de disposición de agua en la vivienda (Cuadro N°20 y grafica N°19).....	40
11.7 Almacenamiento del agua en la vivienda (Cuadro N°21 y grafica N°20)	41
11.9 Combustibles utilizados en la vivienda (Cuadro N°23 y grafica N°22).....	43
11.10 Método utilizado para la eliminación de basura en la población encuestada (Cuadro N°24 y grafica N°23).....	44
11.11 Frecuencia de la eliminación de basura (Cuadro N°25 y grafica N°24)	45
11.12 Mecanismo que utilizada la familia para eliminar las excretas (Cuadro N°26 y grafica N°25)	46
11.13 Con qué tipo de animales domésticos convive la familia encuestada (Cuadro N°27 y grafica N°26).....	47
11.14 Tipo de fauna nociva que hay en la vivienda de la familia encuestada (Cuadro N°28 y grafica N°27).....	48
12. Alimentación Familiar.....	49
12.1. Frecuencia de alimentos consumidos por los integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°29 y grafica N°28).....	49
12.2. Frecuencia de alimentos ultra procesados consumidos por los integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°30 y grafica N°29)	51
12.3. Métodos utilizados para la conservación de alimentos de los integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°31 y grafica N°30).....	52
13. Entorno de la Vivienda	53

13.1. Prevención de la rabia, número de perros o gatos vacunados contra la rabia (Cuadro N°32 y grafica N°31).....	53
13.2. Riesgos ambientales que existen en la comunidad (Cuadro N°33 y grafica N°32).....	54
13.3. Accesos a servicios públicos que tiene la comunidad (Cuadro N°34 y grafica N°33).....	55
13.4. Riesgos socio - sanitarios que tienen la comunidad (Cuadro N°35 y tabla N°34).....	56
14. Dinámica familiar	57
14.1 Tipo de familias registradas entre la población encuestada (Cuadro N°36 y grafica N°35)	57
14.2 Religión que profesan las familias encuestas (Cuadro N°37 y grafica N°36)..	58
14.3 Tipo de violencia familiar que sufren algunos integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°38 y grafica N°37).....	59
14.4 Ingreso económico de las familias encuestadas (Cuadro N°39 y grafica N°38)	60
14.5 Los integrantes de las familias encuestadas tienen tiempo para la recreación (Cuadro N°40 y grafica N°39).....	61
14.6 Los integrantes de las familias participan en algunos grupos sociales (Cuadro N°41 y grafica N°40).....	63
15. Asistencia al Centro de Salud	64
15.1. Acceso a derechos que tienen las familias encuestadas	64
15.2. Frecuencia en la que acuden al servicio de salud los integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°43 y grafica N°42).....	65
15.3. Trato que han recibido la familia al asistir al centro de salud (Cuadro N°44 y grafica N°43)	66
15.4. Cuando solicita el servicio, le solucionan el motivo por el cual asistió al centro de salud (Cuadro N°45 y grafica N°44)	67
15.5. Principales causas de mortalidad reportadas por las familias encuestadas (Cuadro N°46 y grafica N°45 N°46).....	68
16. Acceso a los servicios para la promoción de la salud, prevención y padecimientos presentados.....	70
16.1. Servicios que recibieron las mujeres de 20 a 59 años integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°50 y grafica N°47).....	70
16.2. Servicios que recibieron los hombres de 20 a 59 años integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°51 y grafica N°48).....	73
16.3. Servicios que recibieron integrantes de 60 y más años de las familias encuestadas (Cuadro N°52 y grafica N°49).....	76

16.4. Tipos de adicciones que tienen algunos de los integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°53 y grafica N°50)	78
16.5. Tipos de discapacidad que presenten algunos de los integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°54 y grafica N°51)	79
16.6. Las 10 Principales causas de morbilidad de la población en último año (Cuadro N°55 y grafica N°52)	80
17. Análisis de resultados	81
18. Conclusiones y recomendaciones	83
19.-Bibliografía	85
20. Anexos (Cédulas diagnósticas)	87

1.-Introducción del diagnóstico de salud

El siguiente trabajo de investigación trata de un diagnóstico de salud, el cual es elaborado por los pasantes de la licenciatura de enfermería en la comunidad del centro de salud T-II de San José sobre la prevención de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El diagnóstico de salud es una herramienta mediante la cual se realiza un análisis de los problemas, necesidades, riesgos, determinantes o factores de riesgo, dentro de un área geográfica determinada, con el fin de buscar la resolución de los problemas detectados en la comunidad mediante la prevención. (Pineault R DC,)

En el centro de salud de San José se entiende una gran población de personas que padecen diabetes mellitus tipo 2, los cuales no se controlan adecuadamente, no realizan actividad física, no llevan una dieta adecuada y tienen otros factores de riesgo para padecer pie diabético. Por lo que es de gran importancia el prevenir.

La diabetes es una enfermedad epidémica, con más de 400 millones de personas diagnosticadas en la actualidad. Las lesiones en los pies son una de las complicaciones más frecuentes de esta población de 45-65 años. (FID, 2019)

Los problemas comunes incluyen la infección, la ulceración o la gangrena, llegando a casos severos a la amputación de un dedo, un pie o una pierna.

En el 7,5% de todos los diabéticos y en el 15% de los mayores de 80 años se desarrollará una alteración trófica del pie. El porcentaje de diabéticos que durante la evolución de su enfermedad no presenta ningún tipo de alteración es apenas de un 7%. (OPS y OMS, 2020)

Hasta un 10% de los casos que presentan problemas en los pies requieren largos ingresos hospitalarios o la amputación de la extremidad afectada.

Las amputaciones en el pie diabético son 15 veces más frecuentes entre personas con DM, aunque un 50% podría ser prevenidas. (López Sampalo, A, 2020)

En el siguiente trabajo se desarrollan diferentes puntos analizados y recabados del centro de salud T-II San José, pacientes diabéticos, guías de práctica clínica, normas oficiales mexicanas y fuentes bibliográficas confiables. Con el fin de la prevención del pie diabético en pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2.

Se basa en una revisión de datos estadísticos con un enfoque clínico, epidemiológico y social, cuyo objetivo primordial es conocer las principales características demográficas, socioeconómicas, dinámica de vida, además de determinar las primeras causas de morbilidad y mortalidad que afectan a la población adscrita, analizar los diferentes factores de riesgo y planificar las diferentes acciones de salud. De esta manera podemos obtener el diagnóstico de salud de la población atendida en la unidad, hacer la comparación con los datos obtenidos a nivel jurisdiccional y nacional, y así conocer una pequeña parte del panorama de salud en nuestro país.

2.-Objetivo

Conocer e identificar los factores de riesgo del pie diabético en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud T-II San José Tláhuac, para una adecuada educación y prevención.

3.- Marco de referencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diabetes mellitus como un desorden metabólico de múltiples etiologías, que se caracteriza por hiperglucemia crónica con alteraciones de los hidratos de carbono, metabolismo de las grasas y proteínas, como resultado de defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina, o ambas cosas a la vez.

MORBILIDAD

A nivel mundial la Federación Internacional de la Diabetes estima que en 2019 había 463 millones de personas con diabetes y que esta cifra puede aumentar a 578 millones para 2030 y a 700 millones en 2045. (FID,2019) En México, durante 2018 de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición había 82 767 605 personas de 20 años y más en el país, de las cuales 10.32% reportaron (8 542 718) contar con un diagnóstico médico previo de diabetes mellitus. Por sexo, 13.22% (5.1 millones) de las mujeres de 20 años y más disponían de este diagnóstico y 7.75% (3.4 millones) en los hombres de 20 años y más. Es decir, la enfermedad está más presente en las mujeres que en los hombres. Se observa un incremento del diagnóstico de la enfermedad conforme aumenta la edad de las personas; a nivel nacional poco más de una cuarta parte de la población de 60 a 69 años (25.8%) refirió contar con un diagnóstico previo de diabetes que representan 2.3 millones de personas. En el caso de las mujeres en este grupo de edad se presenta la prevalencia más alta con 35.6% (1.4 millones). Es en los hombres del grupo de 70 y más años donde se concentra la prevalencia más alta 18.4% de casos de diagnósticos previos de diabetes (714 mil personas). (INEGI, 2021)

MORTALIDAD

En México, de acuerdo con los datos de mortalidad para 2020, se reportaron 1 086 743 fallecimientos, de los cuales 14% (151 019) corresponden a defunciones por diabetes mellitus. De estas, 52% (78 922) ocurrieron en hombres y 48% (72 094) en mujeres. Del total de fallecimientos 98% (144 513) fueron por diabetes No insulino dependiente y de otro tipo y 2% (3 506) por diabetes Insulino dependiente. La tasa de mortalidad por diabetes muestra el número de fallecimientos más alto por esta causa específica por cada 10 mil habitantes en un año determinado. Hay una tendencia al alza de dicha tasa durante el periodo comprendido entre 2011 y 2016, después una caída de 2011 a 2019 y un incremento para 2020, lo que demuestra el creciente impacto de la diabetes en la sociedad. Por lo tanto, la Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica de alta prevalencia con un alto coste social y un gran impacto sanitario determinado por el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas que producen una disminución de la calidad de vida de los pacientes con diabetes. La neuropatía diabética es una de las complicaciones más comunes en la diabetes, ya que es la principal causa de la ulceración en el pie. (FID, 2019)

El pie diabético es la infección, ulceración y destrucción de los tejidos profundos, asociados con anomalías neurológicas (pérdida de la sensibilidad al dolor) y vasculopatía periférica en las extremidades inferiores. En estos casos, el pie es más vulnerable a presentar afecciones circulatorias y neurológicas, por ello el menor trauma puede causar úlceras o infecciones. La enfermedad macrovascular de las extremidades inferiores es común, avanza de una manera considerable y presenta una distribución peritibial característica a la cual se agrega fragilidad de las arterias del pie. (Dubón Peniche, 2013)

Quienes padecen esta patología, tienen mayor riesgo de sufrir una amputación, pues se caracteriza por manifestaciones neuro isquémicas, infección o deformidad del pie. El inicio de la afectación clínica del pie diabético, radica en el descontrol metabólico, la interacción de los mecanismos neuropáticos, microvasculares y macrovasculares, formándose la placa de ateroma con la consecuente progresión y evolución de las complicaciones neurovasculares. (López Sampalo, A 2020)

El factor más importante que predispone a infección en el pie de los pacientes diabéticos, es la pérdida de la integridad de la barrera cutánea. También es importante mencionar que, una de las consecuencias de la neuropatía diabética, es que se pierde la sensación protectora, lo que favorece el riesgo de afectaciones en la piel, principalmente de origen traumático, con lo cual se rompe la barrera cutánea y puede producirse la entrada de

microorganismos. Aunado a la neuropatía con frecuencia existe el factor isquémico que incide desfavorablemente en la evolución de la herida y de la infección.

El diagnóstico de infección en el pie diabético es fundamentalmente clínico, ya sea por la existencia de supuración o de 2 o más signos de inflamación (eritema, induración, dolor, sensibilidad, calor) que son suficientes para establecerlo.

En base a los estadios de Wagner, las afecciones del pie diabético se clasifican en los siguientes grados:

0. Representa el pie de riesgo, no existen lesiones abiertas, pueden presentarse callos, fisuras, úlceras curadas y deformidades óseas, que pueden propiciar la formación de nuevas úlceras.

1. Úlceras superficiales con pérdida de piel en todo su grosor, sin infección.

II. Úlceras profundas que generalmente penetran la grasa subcutánea hasta tendones y ligamentos, se asocian a infección sin afectar hueso.

III. Úlceras profundas con infección importante, celulitis, y abscesos asociados frecuente a osteomielitis.

IV. Se manifiestan por gangrena de parte del pie (dedos, talón, antepié).

V. Se caracterizan por gangrena en todo el pie.

Por lo tanto, es necesario examinar y valorar correctamente a los pacientes diabéticos para identificar el riesgo de ulceración del pie. Es de suma importancia realizar un reconocimiento temprano y un manejo de los factores de riesgo que indiquen un mayor riesgo de amputaciones, siendo la mayoría de estos factores fácilmente identificables a través de la historia clínica, así como realizar un examen físico completo del pie que incluya inspección, evaluación de pulsos y de sensibilidad. El manejo integral del pie diabético incluye un control glucémico estricto, medidas locales y antibioterapia sistémica. (Tucker, M. E 2023)

En el siguiente cuadro se enlistan algunos artículos importantes en los que se basa este trabajo

	Título	Referencia	Resumen	Análisis
1	“Revisión sistemática de intervenciones para la prevención de pie diabético en adultos mayores con diabetes”	Delabra-Salinas, María Magdalena, & Salazar-González, Bertha Cecilia. (2022). Revisión sistemática de intervenciones para la prevención de pie diabético en adultos mayores con diabetes. <i>Sanus</i> , 7, e292. Epub 21 de marzo de 2023. https://doi.org/10	<p>Objetivo:</p> <p>Explorar las características de las intervenciones de salud más efectivas para la prevención de pie diabético en adultos mayores con diabetes.</p> <p>Resultados:</p> <p>Educación para el cuidado de los pies con apoyo de materiales fue la estrategia de intervención más utilizada y</p>	La diabetes mellitus II es una de las principales causas de hospitalización en los adultos y el pie diabético es una complicación grave asociada al padecimiento de úlceras en el pie producidas por traumatismos externos o internos asociados a diferentes estadios de neuropatía diabética y enfermedad vascular

		.36789/revsanus.vi1.292.	<p>evaluada respecto al comportamiento del cuidado y síntomas de neuropatía.</p> <p>Conclusiones:</p> <p>Las intervenciones más efectivas para prevenir pie diabético en adultos mayores con diabetes incluyen educación y conocimiento sobre cuidado de los pies; seguimiento telefónico, material impreso y materiales para el cuidado de los pies. De acuerdo con los criterios de calidad de los estudios revisados no fue posible determinar cuál es la mejor intervención.</p>	<p>periférica. Por lo tanto éste estudio nos ayuda a conocer que existen diferentes tipos de intervenciones para la prevención oportuna de pie diabético, así mismo, diferenciar y priorizar las intervenciones más adecuadas para determinados pacientes.</p>
2	“Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético”	<p>Tizón Bouza, E., Dovale Robles, M. N., Fernández García, M. Y., Fernández Veiga, C., López Vilela, M., Mouteira Vázquez, M., Penabad Penabad, S., Rodríguez Martínez, O., & Vázquez Torrado, R. (2018). Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. Atención primaria, 34(5), 263–265. https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-atencion-enfermeria-prevencion-cuidados-del-13066406</p>	<p>Este trabajo pretende ofrecer el esquema básico de actuación para el cuidado adecuado del PD para prevenir sus complicaciones y tratar sus problemas, y va dirigido a todos los pacientes diabéticos desde el mismo momento en que se diagnostica la diabetes.</p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mejorar la información y formación del personal de enfermería respecto al PD, posibilitando una mayor calidad asistencial. -Mejorar la información y formación de los pacientes diabéticos sobre los cuidados de sus pies y de la diabetes, posibilitando una mayor calidad de vida y, por tanto, reduciendo las secuelas y complicaciones. <p>Considerando que la diabetes mellitus es la enfermedad del</p>	<p>Dado que en la actualidad el número de pacientes diabéticos va aumentando significativamente, y con ello aparecen más casos de pie diabético, resulta necesario ampliar los conocimientos como personal de salud para poder prevenir las complicaciones podales y tratar las que estén presentes para conseguir una mejora en la calidad de vida. Por eso resulta importante abordar este artículo en el presente trabajo, en el cual se realizó un manual de atención del pie diabético para personal de enfermería con el objetivo de facilitar la labor asistencial en dicho sector de la población.</p>

			<p>siglo XXI y el pie diabético una de sus complicaciones más frecuentes, nos encontramos ante un importante problema de salud que va a afectar a un gran número de personas y sobre el que el profesional de enfermería tiene mucho que decir. Por ello, se ha realizado una guía de prevención y cuidados al pie diabético que pretende abordar el problema de forma integral para mejorar la calidad de vida del paciente y reducir sus complicaciones que, de no ser tratadas de forma adecuada, pueden desencadenar una infección, necrosis de la extremidad lesionada, amputación, etc., procesos todos invalidantes. Para ello, será primordial una exhaustiva y adecuada educación sanitaria que posibilite una mejora de las condiciones del paciente en general y de sus pies en particular, tratando de evitar la aparición del problema o, una vez ya presente, proporcionando los cuidados oportunos para garantizar una atención óptima que limite en lo posible su progresión y sus secuelas.</p>	
3	<p>“Factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético: un enfoque hacia la prevención primaria”</p>	<p>Pinilla, Análida E, Barrera, María del P, Sánchez, Ana L, & Mejía, Arturo. (2018). Factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético: un enfoque hacia la prevención primaria. Revista Colombiana de Cardiología, 20(4), 213-222. Retrieved October 25, 2023, from http://www.scielo.org.c</p>	<p>Objetivo: Revisar la literatura sobre factores de riesgo asociados a diabetes mellitus y sus complicaciones, las estrategias de prevención y la importancia de programas interdisciplinarios para mejorar la calidad de vida. Fuente de datos: búsqueda de la literatura científica publicada en español e inglés, en bases de datos como Medline, SciELO y otras de la Universidad Nacional de Colombia mediante</p>	<p>Según la Organización Mundial de la Salud, el concepto de pie diabético comprende la infección, ulceración y destrucción de los tejidos profundos, asociadas con anomalías neurológicas y vasculopatía periférica de diversa gravedad, daño articular, dermatológico y de tejidos blandos. En general se habla de extremidades diabéticas, pero en</p>

		<p>o/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332013000400008&lng=en&tlng=es.</p>	<p>palabras clave; además, revisión de libros y consensos afines con el tema.</p> <p>Selección de estudios: se revisaron los títulos y resúmenes de documentos para seleccionar las publicaciones originales, así como las más representativas con relación a prevención primaria y educación.</p> <p>Extracción de datos: la literatura se clasificó y organizó de acuerdo con el tema principal y la estructura del artículo.</p> <p>Síntesis de datos: se inició un análisis crítico para ordenar y sintetizar los avances relacionados con los siguientes ítems: factores de riesgo para diabetes mellitus, epidemiología, pie diabético, educación, prevención primaria y estilos de vida relacionados con ejercicio y alimentación.</p> <p>Conclusión: el impacto de la diabetes mellitus y sus complicaciones en la salud de los individuos hace necesario establecer políticas de salud pública de prevención primaria, para minimizar el progreso de esta epidemia. Es esencial instaurar y fortalecer programas educativos orientados por profesionales de la salud, además de implementar la formación en diabetes mellitus en los currículos de pregrado y posgrado del área de la salud.</p>	<p>particular de las inferiores y en especial del pie. La neuropatía diabética y la enfermedad arterial periférica contribuyen al incremento de la morbilidad y la mortalidad por pie diabético, hecho que genera un gran impacto económico en el sistema de salud, y que, por tanto, constituye un problema de salud pública que influye en la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias. Por lo tanto éste artículo es de importancia para nuestro trabajo, pues el objetivo del mismo es tener una plena identificación de la neuropatía diabética por medio de la anamnesis y el examen físico y las recomendaciones de cuidado; éstas actividades preventivas representan una estrategia sumamente efectiva en la disminución del riesgo de desarrollo de las complicaciones del pie diabético.</p> <p>Es de suma importancia tener en cuenta y conocer las actividades preventivas, ya que la mayoría de las complicaciones del pie diabético pueden ser prevenidas con diagnóstico precoz y buena educación tanto al paciente como a su cuidador primario.</p>
--	--	--	---	--

4.- Datos de la unidad de salud

4.1.- Dirección y ubicación

Calle Agustín Lara s/n, entre calle Juventino Rosas y calle Farolito (sur 7), col. San José Tláhuac, C.P. 13020 Ciudad de México.

Tel: 55 5842 1130

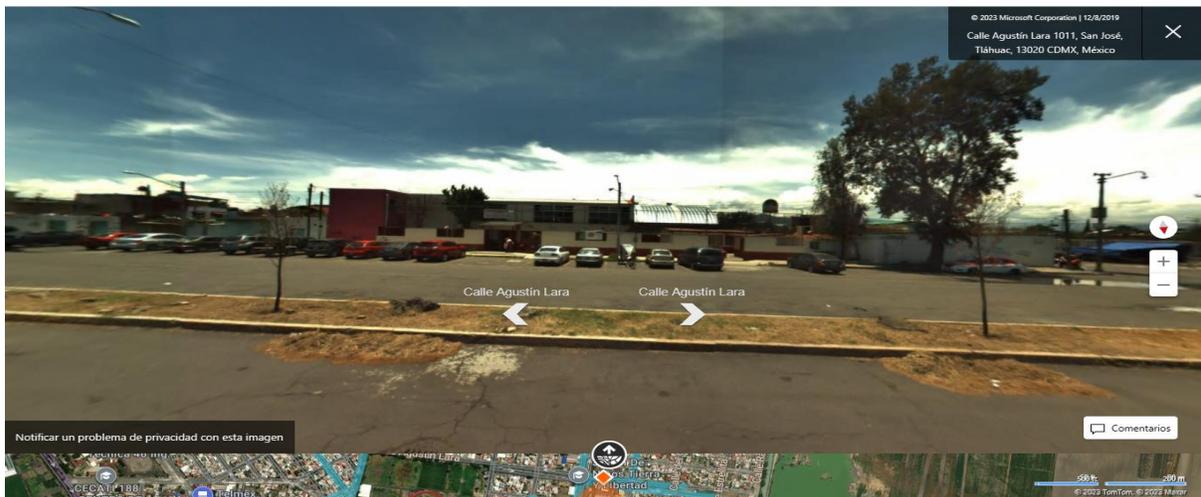
En la siguiente imagen se muestra el mapa geográfico de la ubicación del Centro de Salud T-II San José

Imagen #1



Centro de Salud T-II San José, Jurisdicción Tláhuac, Ciudad de México

Imagen #2



<https://www.bing.com/maps?&cp=19.276087~-98.996337&lvl=19&style=h&osid=38503054-b0cf-4453-ab1c-bdd157a6254d&v=2&sV=2&form=S00027>

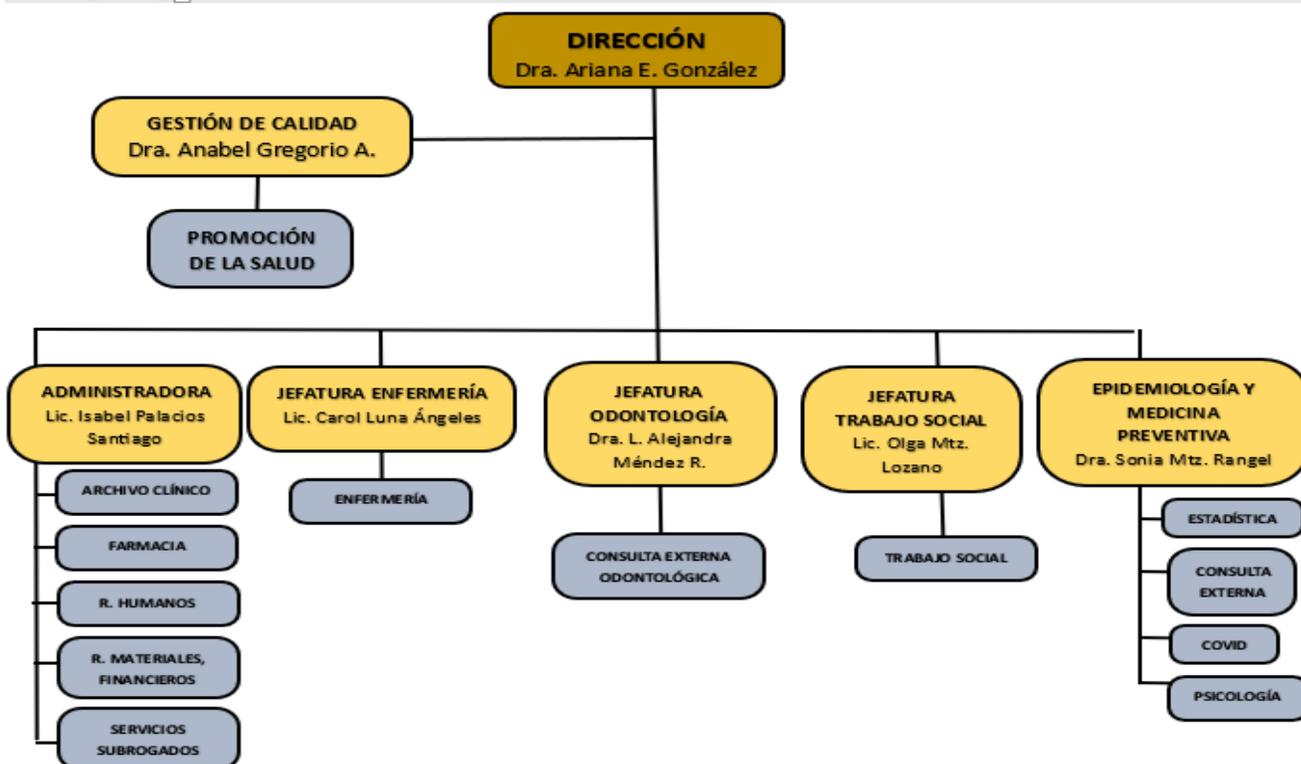


4.2 Servicios

Nombre del Servicio	Personal responsable	Días y Horario de atención
Epidemiología	Dra. Sonia Martínez Rangel	Lunes a domingo de 8:00-20:00
Psicología	Lic. Nallely Tellez	Lunes a domingo de 8:00-20:00
CEYE	Lic. Enf. Isabel Lileni Ibañez Tagle Gomez	Lunes a domingo de 8:00-20:00
Inmunizaciones	Lic. Enf. Aurora Martinez	Lunes a domingo de 8:00-20:00
Somatometría	Lic. Enf. Elba Gisela Martínez López Enf. Angeles Galeana	Lunes a domingo de 8:00-20:00
Detecciones	Lic. Enf. Pamela Sandre Sánchez	Lunes a domingo de 8:00-20:00

Coordinación Enfermería	Lic. Enf. Carol Luna Ángeles	Lunes a domingo de 8:00-20:00
Archivo clínico	Victor Méndez Rivera	Lunes a domingo de 8:00-20:00
Consulta externa	Médicos generales	Lunes a domingo de 8:00-20:00
Odontología	Dra. Alejandra Méndez	Lunes a domingo de 8:00-20:00
Trabajo social	Lic. Olga Martínez Lozano	Lunes a domingo de 8:00-20:00

4.3 Organigrama



4.4 Misión y visión de la unidad de salud

MISIÓN

El Centro de Salud T-II San José tiene como misión, contribuir a hacer realidad el derecho a la protección de la salud y avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la

integralidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención, tanto en el nivel individual, como familiar y comunitario, durante todo el proceso de vida de las personas, mediante la prestación eficaz y eficiente de los servicios que le competen.

VISIÓN

Lograr que el Centro de Salud T-II San José sea líder en el otorgamiento de los servicios de salud en la delegación Tláhuac, mediante la atención médica de primer nivel de alta calidad, el fortalecimiento de la gestión local y la participación social y contribuir así, a la construcción de la ciudadanía social para todos los habitantes del pueblo de Tláhuac.

5. Metodología utilizada

5.1 Tipo de estudio

Se lleva a cabo en la comunidad del centro de salud T-II San José en los pacientes diabéticos adultos y adultos mayores que tengan riesgo de padecer pie diabético. Es un estudio descriptivo, de tipo cualitativo; mediante datos que se obtienen por medio de la observación, opiniones, experiencias de vida y de encuestas realizadas a la comunidad. De esta manera se genera una investigación participativa con el fin de prevenir complicaciones como pie diabético.

5.2 Recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista individual a la población del centro de salud T-II de san José para el llenado de cédulas diagnósticas, incluyendo una cédula específica para pie diabético y exploración física en donde se obtienen datos importantes para investigación y análisis, con el objetivo de detectar el nivel de riesgo de padecer pie diabético y poder prevenirlo. Así como también se obtuvo información específica del AGEB 036, 037 y 045 del centro de salud T-II San José, proporcionada por epidemiología.

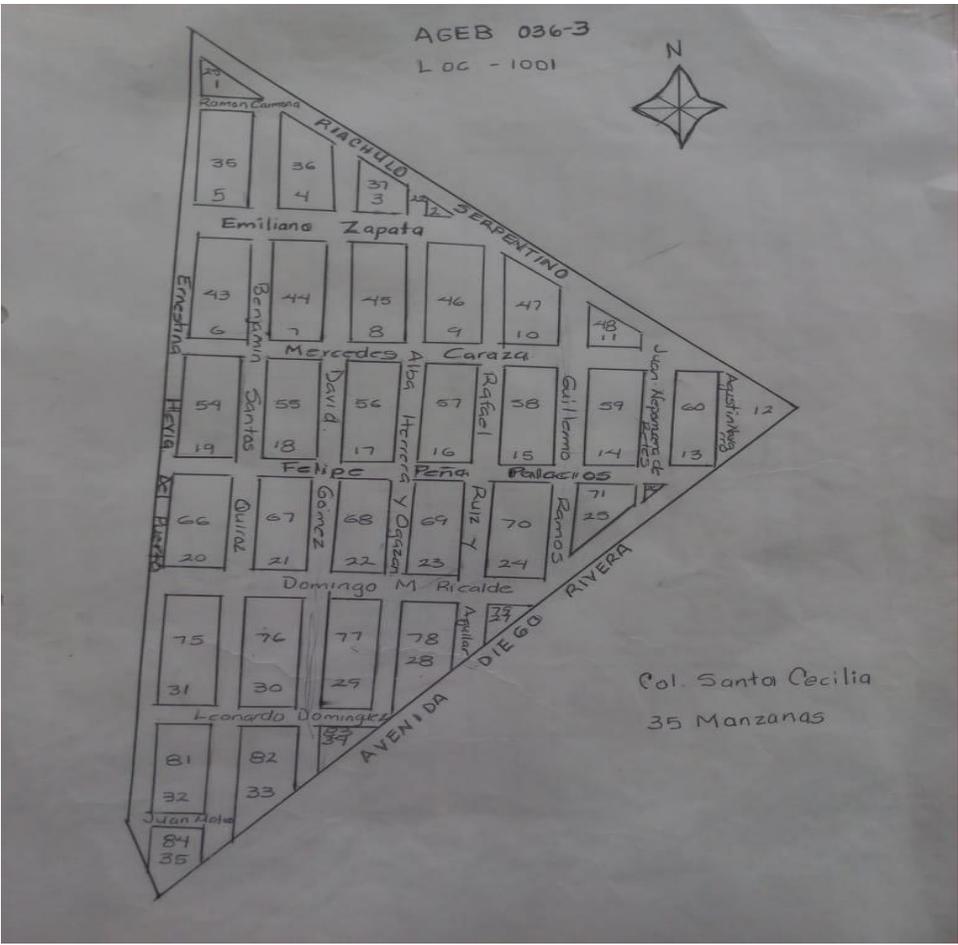
5.3 Límites de tiempo y espacio

Se llevó a cabo el llenado de cédulas durante el mes de septiembre a diciembre de 2023. Dentro de la unidad del C.S. T-II San José de la jurisdicción sanitaria Tláhuac.

5.4 Recursos utilizados

5.4.1 Recursos humanos

NOMBRE	CARGO	PARTICIPACIÓN
Mtra. Elsy Elizabeth Verde Flota	Maestra investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.	Asesorías y seguimiento del proyecto
Dra. Sonia Martínez Rangel	Epidemióloga de la unidad de salud T-II San José	Proporciona información estadística de pacientes con diabetes mellitus que acudieron a consultas del centro de salud T.II San José





Jurisdicción Sanitaria : Tláhuac

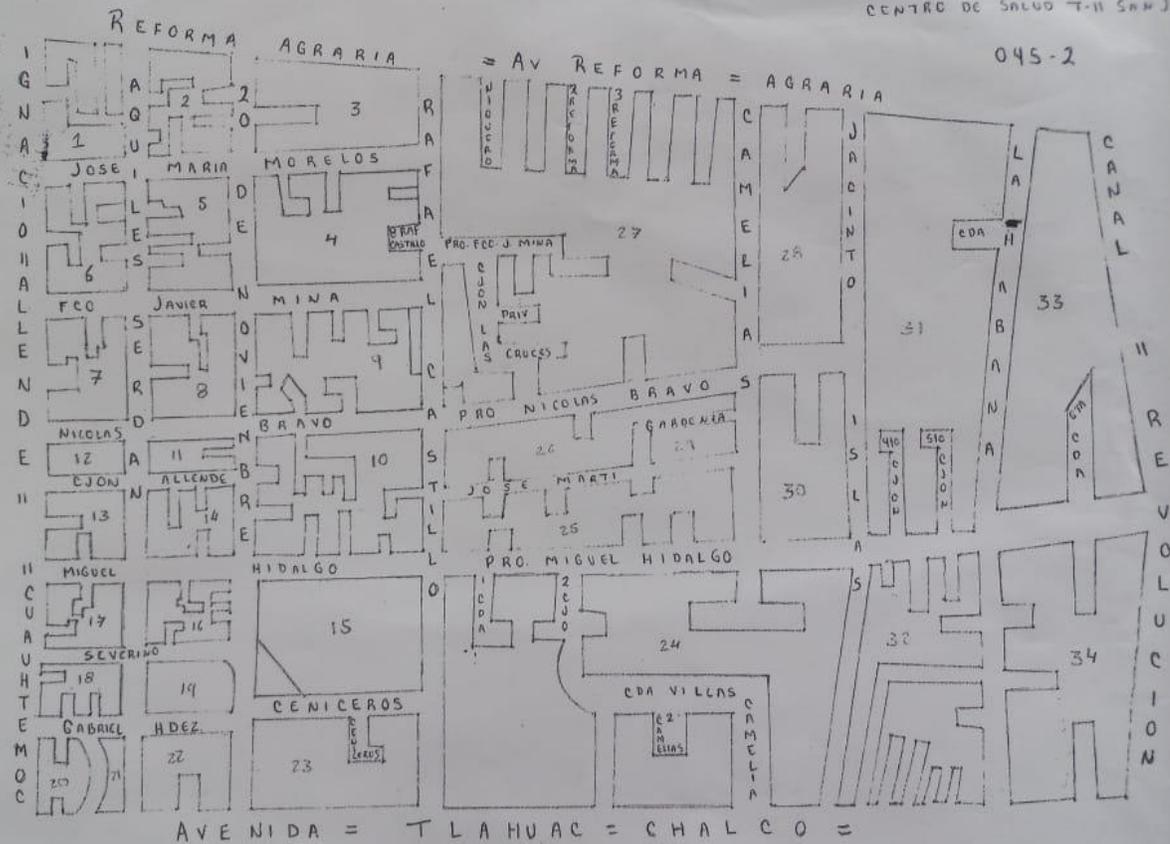
Centro de Salud T-11 "San Jose"

Ageb 037-8



JURISDICCION TLAHUAC
CENTRO DE SALUD T-11 SAN JOSE

045-2



6.2 Datos geográficos de la delegación

Topografía: Al norte de la alcaldía, los cerros de la sierra de Santa Catarina separan los términos de Tláhuac e Iztapalapa. Esta cadena montañosa inicia en el volcán Yuhualixqui, completamente dentro del territorio iztapalapense, y sigue hacia el oriente con los cerros Xaltepec, Tetecón, Tecuauhtzin y Guadalupe, que forman el límite norte de la demarcación. La sierra se eleva desde el nivel medio del valle de México en la cercanía de los pueblos de Tlaltenco, Zapotitlán y Santa Catarina hasta una altitud de 2820 msnm en la cumbre del volcán Guadalupe, que marca uno de los vértices del perímetro de Tláhuac

Hidrografía: Tláhuac se encuentra totalmente dentro de la cuenca del Anáhuac. El centro de su territorio corresponde a la superficie de los lagos de Chalco y Xochimilco. De ellos sólo se conserva un sistema de canales que corre entre las chinampas de los pueblos de Tláhuac y Míxquic. En la actualidad, el Anáhuac forma parte de la cuenca del río Pánuco, a la que quedó ligado a través de las obras hidráulicas realizadas en el norte del valle de México a partir del. Este drenaje lleva las aguas de la cuenca al río Tula, tributario del Pánuco que desemboca en la vertiente del golfo de México junto al puerto de Tampico.

Clima: Es templado subhúmedo con lluvias

Superficie Territorial: 85.34 km²

Altura: 2740 m

7.- Resultados

7.1 Datos de identificación

7.1. Nombre de la Unidad de Salud

Centro de salud T-II San José

7.2. Nombre de la Colonia

San José

7.3. Número de AGEB

037, 037 y 045

7.4. Alcaldía

Tláhuac

8.- Datos demográficos, acceso a la salud, vacunación y salud bucal

8.1. Número de habitantes, por edad e identidad de género de la población encuestada. (Cuadro N°1 y grafica N°1)

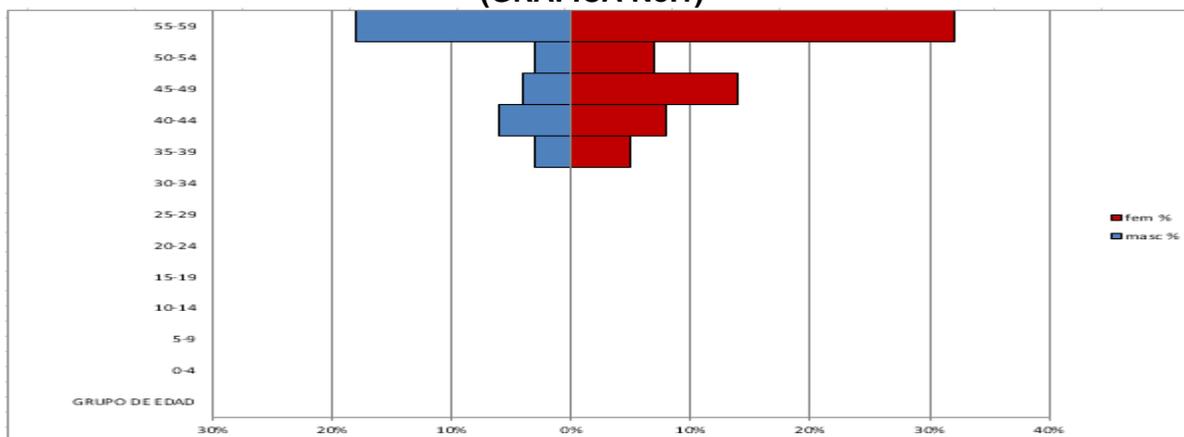
Pirámide poblacional del AGEB 037, 036 Y 045

CUADRO No. 1
Pirámide poblacional

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		OTRA		TOTAL	
	N°	fem %	N°	masc %	N°	otra %	N°	GRUPO DE EDAD
0-4	21	-2.60	14	1.73	0	0.00	35	0-5
5-9	12	-1.48	24	2.97	0	0.00	36	5-10
10-14	25	-3.09	33	4.08	0	0.00	58	10-15
15-19	36	-4.45	19	2.35	0	0.00	55	15-20
20-24	27	-3.34	36	4.45	0	0.00	63	20-25
25-29	34	-4.20	37	4.57	0	0.00	71	25-30
30-34	33	-4.08	42	5.19	0	0.00	75	30-35
35-39	22	-2.72	30	3.71	0	0.00	52	35-40
40-44	21	-2.60	42	5.19	0	0.00	63	40-45
45-49	14	-1.73	30	3.71	0	0.00	44	45-50
50-54	28	-3.46	40	4.94	0	0.00	68	50-55
55-59	26	-3.21	22	2.72	0	0.00	48	55-60
60 Y MÁS	47	-5.81	94	11.62	0	0.00	141	61 Y MÁS
TOTAL	346	-42.77	463	57.23	0	0.00	809	TOTAL

Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Pirámide poblacional del AGEB 037, 036 Y 045
(GRÁFICA No.1)



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

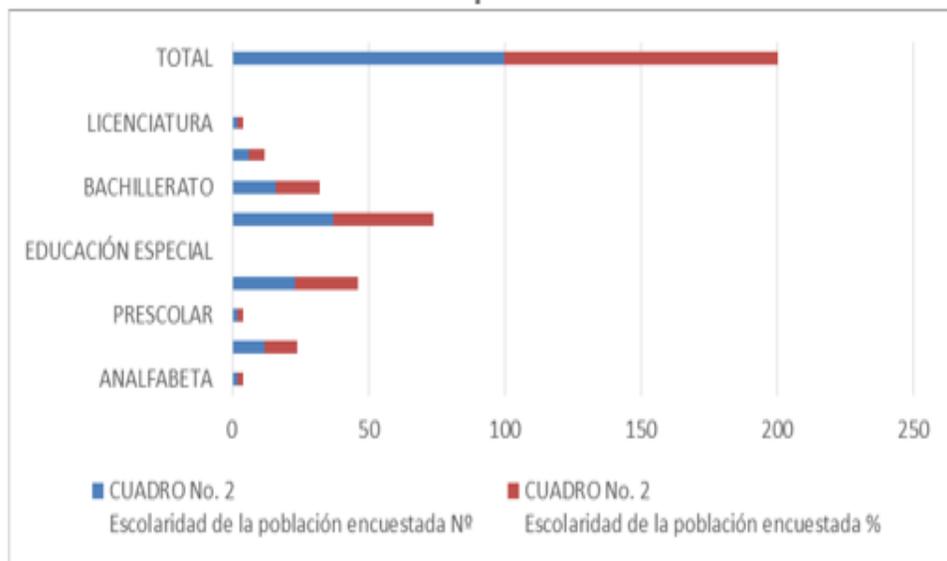
En la delegación Tláhuac, en el AGEB 037, 036 y 045 se obtuvo información de 100 personas diabéticas por medio de la aplicación cédulas de diagnóstico, con 8,350 individuos, que son una muestra representativa del total de personas que según el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) deben habitar en esa área. Se contabilizan 951 habitantes por km², con una edad promedio de 31 años y una escolaridad promedio de 10 años. En el trabajo presente se obtuvo una distribución de 66% masculinos y 34% femeninos.

8.2. Escolaridad de la población encuestada (Cuadro N°2 y grafica N°2)

CUADRO No. 2
Escolaridad de la población encuestada

ESCOLARIDAD	Nº	%
ANALFABETA	2	2.00
SABE LEER Y ESCRIBIR	12	12.00
PRESCOLAR	2	2.00
PRIMARIA	23	23.00
EDUCACIÓN ESPECIAL	0	0.00
SECUNDARIA	37	37.00
BACHILLERATO	16	16.00
CARRERA TÉCNICA	6	6.00
LICENCIATURA	2	2.00
POSGRADO	0	0.00
TOTAL	100	100.00

GRAFICA No.2
Escolaridad de la población encuestada



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Mayores Niveles de Escolaridad:

La mayoría de la población encuestada ha completado la secundaria (37%) y la primaria (23%). Esto indica que más del 60% de la población tiene educación básica completa.

Educación Media y Superior:

Un 16% de la población tiene educación de bachillerato y un 6% ha completado una licenciatura. Además, un 2% tiene educación técnica y un 2% ha alcanzado el nivel de posgrado. Esto sugiere que hay un número significativo de personas que han continuado sus estudios más allá de la educación básica.

Analfabetismo y Alfabetización:

El porcentaje de analfabetismo es bajo (2%), mientras que un 12% sabe leer y escribir sin haber completado algún grado educativo formal, lo que refleja un nivel básico de alfabetización en la comunidad.

Educación Temprana y Especial:

No se reportan personas con educación preescolar o especial en la población encuestada, lo que podría ser un área de interés para futuras investigaciones o intervenciones educativas.

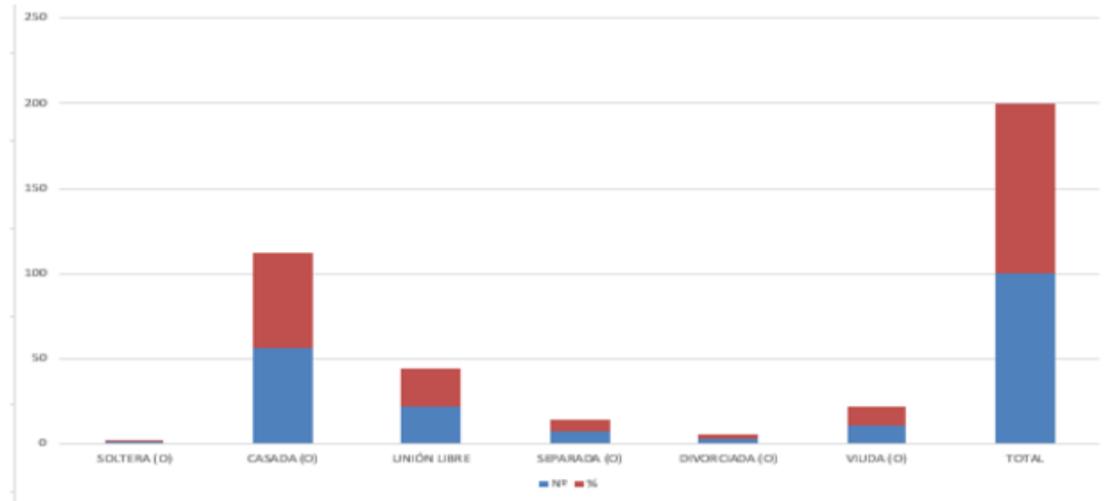
Los datos indican que la mayoría de la población encuestada ha alcanzado al menos la educación secundaria. Sin embargo, hay oportunidades para mejorar el acceso y la finalización de la educación superior y técnica. El bajo nivel de analfabetismo es positivo, aunque el hecho de que un 12% solo sepa leer y escribir sin más educación formal podría ser un área de enfoque para programas de educación continua o de adulto.

8.3. Estado civil de la población encuestada (Cuadro N°3 y grafica N°3)

CUADRO No. 3
Estado civil de la población encuestada

ESTADO CIVIL	N°	%
SOLTERA (O)	1	1.00
CASADA (O)	56	56.00
UNIÓN LIBRE	22	22.00
SEPARADA (O)	7	7.00
DIVORCIADA (O)	3	3.00
VIUDA (O)	11	11.00
TOTAL	100	100.00

GRAFICA No. 3
Escolaridad de la población encuestada



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Casada(o): La mayoría de la población encuestada está casada, con un 56%, lo que representa más de la mitad de la muestra total.

Unión Libre: Un 22% de la población encuestada está en unión libre, lo cual es un porcentaje significativo y es la segunda categoría más numerosa.

Soltera(o), Separada(o), Divorciada(o), Viuda(o): Las categorías de solteros (1%), separados (7%), divorciados (3%) y viudos (11%) tienen porcentajes menores en comparación con los casados y aquellos en unión libre.

La distribución del estado civil muestra que una gran mayoría de la población encuestada está en relaciones formales, ya sea casados (56%) o en unión libre (22%). Las personas solteras representan un porcentaje muy pequeño (1%). Los porcentajes de personas separadas, divorciadas y viudas suman un 21%, lo cual indica la presencia de diferentes dinámicas familiares y de relación en la comunidad.

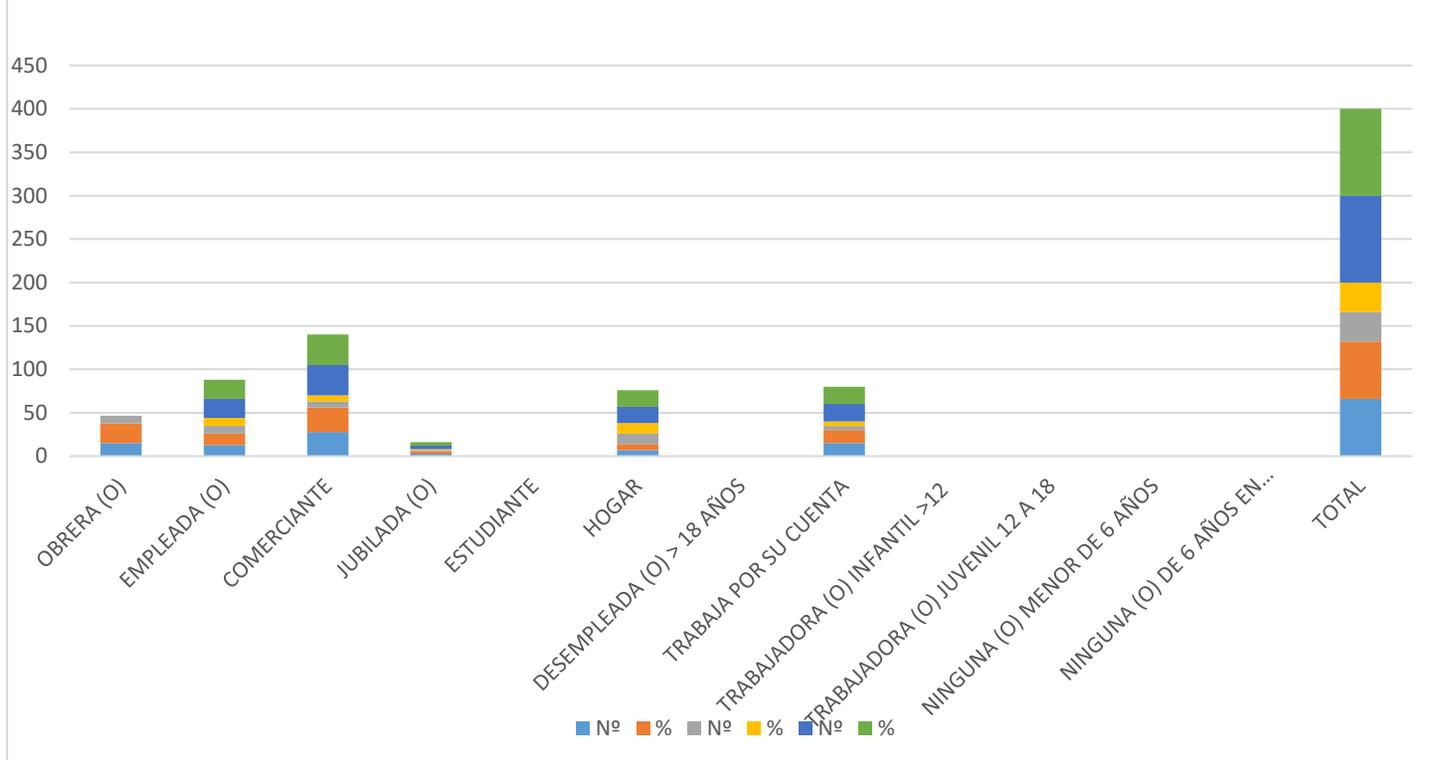
Estos datos pueden ser útiles para diseñar políticas y programas sociales que aborden las necesidades específicas de cada grupo, como apoyo a familias, servicios de mediación en casos de separación y divorcio, y asistencia para personas viudas.

8.4. Ocupación de la población encuestada (Cuadro N°4 y grafica N°4)

CUADRO No. 4						
Ocupación de las personas encuestadas						
OCUPACIÓN	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	H'	X	H'	X	H'	X
OBRERA (O)	15	22.72727273	3	0	0	0
EMPLEADA (O)	19	19	3	3	22	22
COMERCIANTE	20	20	7	7	35	35
JUBILADA (O)	3	3	1	1	4	4
ESTUDIANTE	0	0	0	0	0	0
HOGAR	7	7	12	12	19	19
DESEMPLEADA (O) > 18 AÑOS	0	0	0	0	0	0
TRABAJA POR SU CUENTA	15	15	5	5	20	20
TRABAJADOR A (O) INFANTIL >12	0	0	0	0	0	0
TRABAJADOR A (O) JUVENIL 12 A 18	0	0	0	0	0	0
NINGUNA (O) MENOR DE 6 AÑOS	0	0	0	0	0	0
NINGUNA (O) DE 6 AÑOS EN ADELANTE	0	0	0	0	0	0
TOTAL	66	66	34	34	100	100

Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

GRAFICA No.4
Ocupación de las personas encuestadas



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

La mayoría de los ocupados son comerciantes (35% del total).

La ocupación con más mujeres es "Hogar" (12 mujeres).

No hay estudiantes, desempleados adultos, trabajadores infantiles o juveniles, ni personas sin ocupación menores de 6 años o de 6 años en adelante.

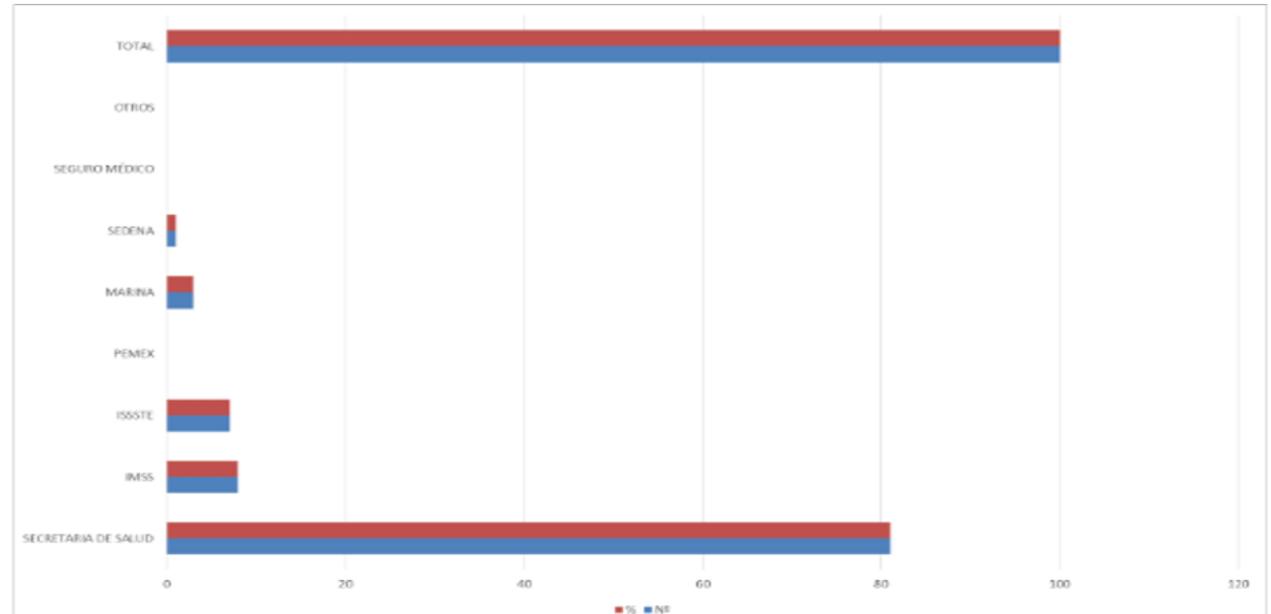
La participación masculina es significativamente mayor en las categorías de "Comerciante" y "Trabaja por su cuenta".

8.5. Acceso a servicios de salud de la población encuestada (Cuadro N°5 y grafica N°5)

CUADRO No. 5
Acceso a servicios de Salud de la población encuestada

DERECHOHABIEN CIA	N°	%
SECRETARIA DE SALUD	81	81.00
IMSS	8	8.00
ISSSTE	7	7.00
PEMEX	0	0.00
MARINA	3	3.00
SEDENA	1	1.00
SEGURO MÉDICO	0	0.00
OTROS	0	0.00
TOTAL	100	100.00

GRAFICA No.5
Acceso a servicios de Salud de la población encuestada



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

La gran mayoría de los encuestados (81%) tiene acceso a servicios de salud proporcionados por la Secretaría de Salud. El IMSS y el ISSSTE tienen una cobertura significativamente menor, con el 8% y el 7% respectivamente. Las instituciones PEMEX, Seguro Médico y Otros no registran ningún acceso entre los encuestados. La MARINA y la SEDENA tienen una participación minoritaria en la prestación de servicios de salud, con el 3% y el 1% respectivamente.

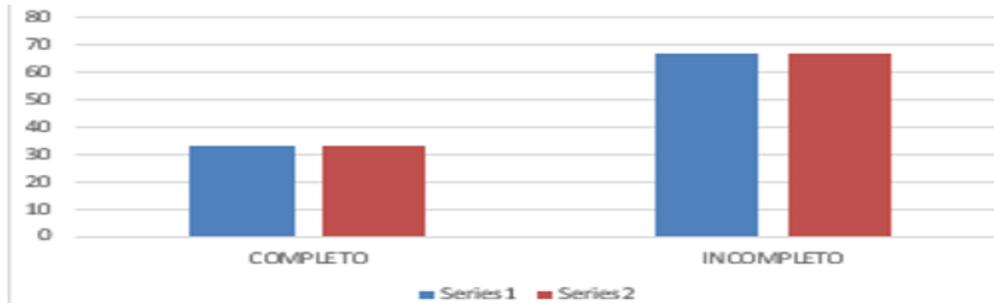
9. Vacunación por grupo de edad

9.1. Cobertura de vacunación y Cartilla Nacional de Salud (Cuadro N°6, N°6.1 y grafica N°6 y N°6.1)

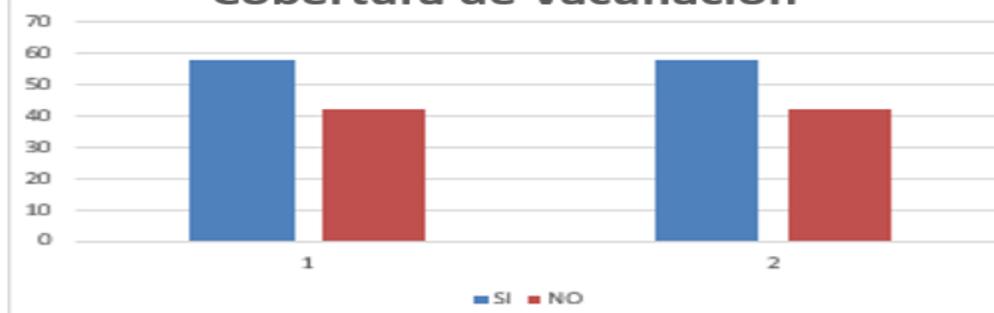
CUADRO No. 6 Cobertura de Vacunación			CUADRO No. 6.1 Cobertura de Vacunación		
ESQUEMA	NO.	%	CUENTA CON CARTILLA NACIONAL DE SALUD	NO.	%
COMPLETO	33	33.00	SI	58	58.00
INCOMPLETO	67	67.00	NO	42	42.00
TOTAL	100	100.00	TOTAL	100	100.00

Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

GRAFICA No.6
Cobertura de Vacunación



GRAFICA No.6.1
Cobertura de Vacunación



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

6. Solo el 33% de la población encuestada tiene un esquema de vacunación completo. Una mayoría significativa, el 67%, tiene un esquema de vacunación incompleto. Esto indica que más de la mitad de la población encuestada no está completamente vacunada según el esquema nacional de vacunación.

6.1. El 58% de la población encuestada cuenta con la Cartilla Nacional de Salud. El 42% no cuenta con esta cartilla. Esto sugiere que una parte significativa de la población encuestada podría tener dificultades para seguir y comprobar su historial de vacunación.

9.2. Esquemas de vacunación en mujeres de 20 a 59 años (Cuadro N°9 y grafica N°7)

CUADRO No. 9 Cobertura de Vacunación en mujeres de 20 - 59 años		
NO. DE PERSONAS QUE CUENTAN CON ESTE ESQUEMA	NO.	%
SR	5	5.62
TD	20	22.47
Tdpa	11	12.36
INFLUENZA ESTACIONAL	28	31.46
OTRAS VACUNAS	25	28.09
TOTAL	89	100

Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Vacuna contra la Influenza estacional tiene la mayor cobertura con un 31.46%.

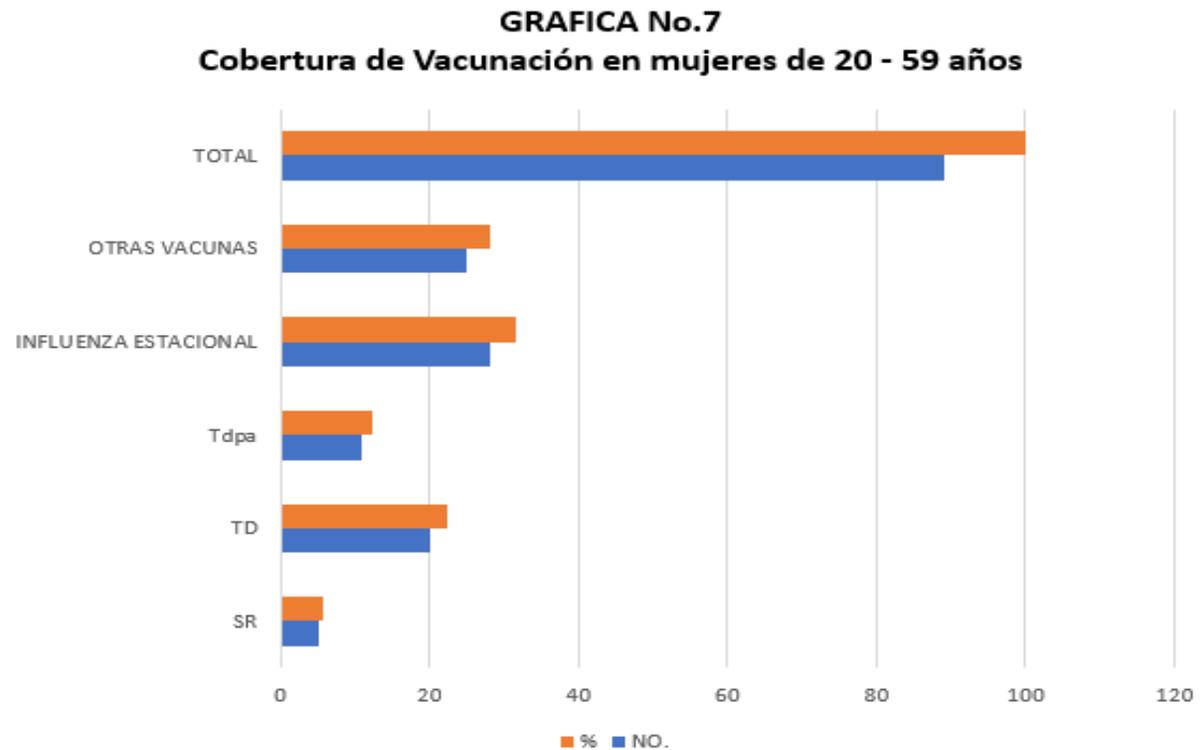
Otras vacunas también tienen una cobertura alta con un 28.09%.

La vacuna TD tiene una cobertura del 22.47%.

La vacuna Tdpa cuenta con un 12.36%.

La vacuna *SR* tiene la menor cobertura con un 5.62%.

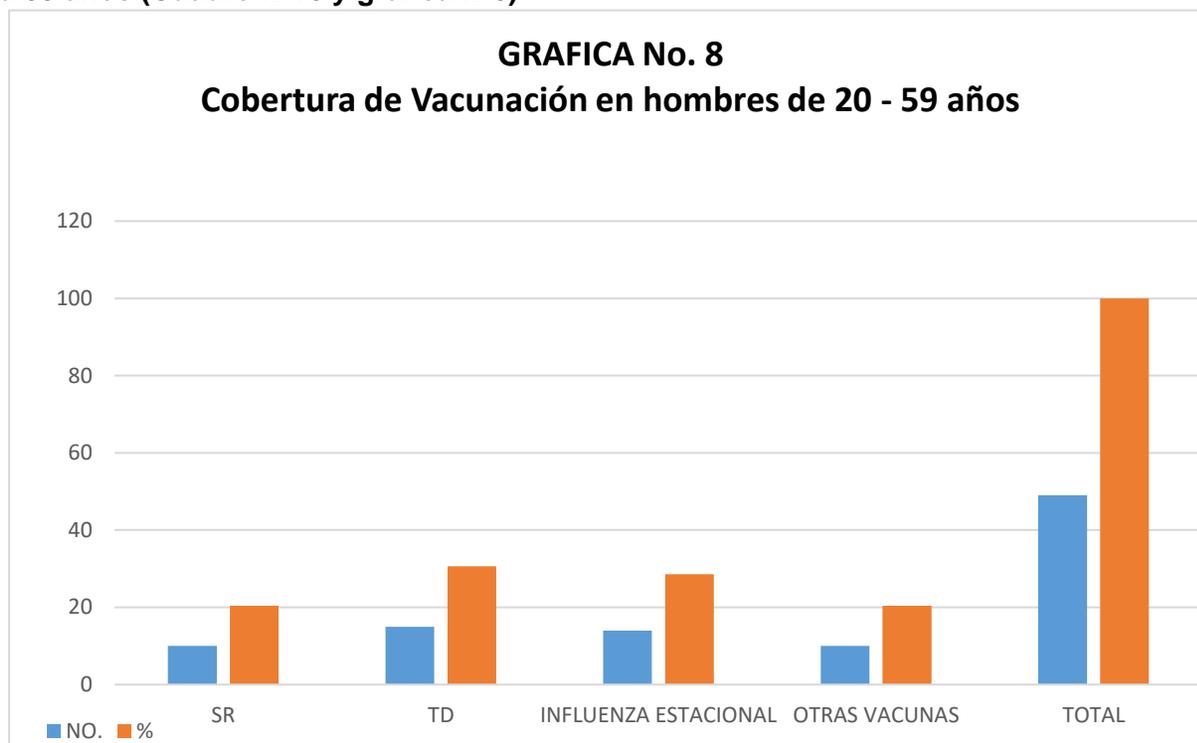
Estos datos reflejan la distribución de vacunación en esta población específica (mujeres de 20-59 años) y pueden ser útiles para identificar áreas donde se necesita mejorar la cobertura de ciertas vacunas.



9.3. Esquema de vacunación en hombres de 20 a 59 años (Cuadro N°10 y grafica N°8)

CUADRO No. 10
Cobertura de Vacunación en
hombres de 20 - 59 años

NO. DE PERSONAS QUE CUENTAN CON ESTE ESQUEMA	NO.	%
SR	10	20.41
TD	15	30.61
INFLUENZA ESTACIONAL	14	28.57
OTRAS VACUNAS	10	20.41
TOTAL	49	100



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

La vacuna TD tiene la mayor cobertura, alcanzando el 30.61% de la población.

La vacuna contra la Influenza Estacional tiene una cobertura del 28.57%.

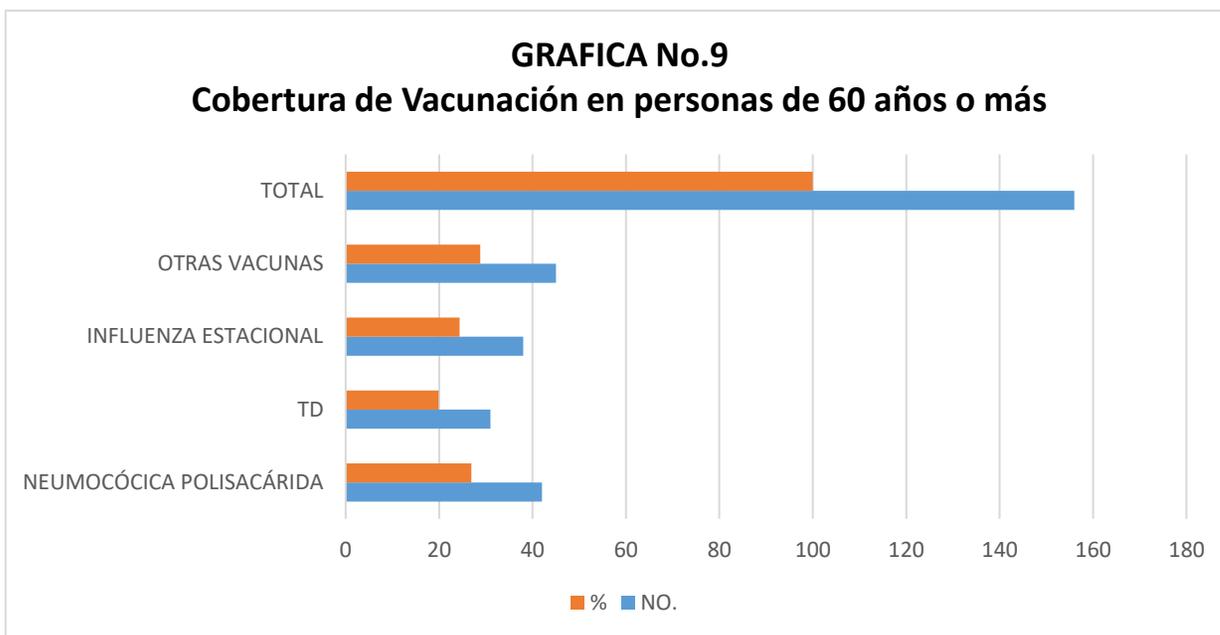
Tanto las vacunas SR como otras vacunas tienen la misma cobertura del 20.41% cada una.

La suma total de personas vacunadas en este grupo de edad es 49.

Este análisis muestra la distribución de la cobertura de diferentes vacunas entre los hombres de 20 a 59 años, destacando que más de la mitad de ellos están cubiertos por al menos una de las vacunas mencionadas.

9.4. Esquema de vacunación del grupo de edad de 60 y más años (Cuadro N°11 y grafica N°9)

CUADRO No. 11		
Cobertura de Vacunación en personas de 60 años o más.		
ESQUEMA	NO.	%
NEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA	42	26.92
TD	31	19.87
INFLUENZA ESTACIONAL	38	24.36
OTRAS VACUNAS	45	28.85
TOTAL	156	100



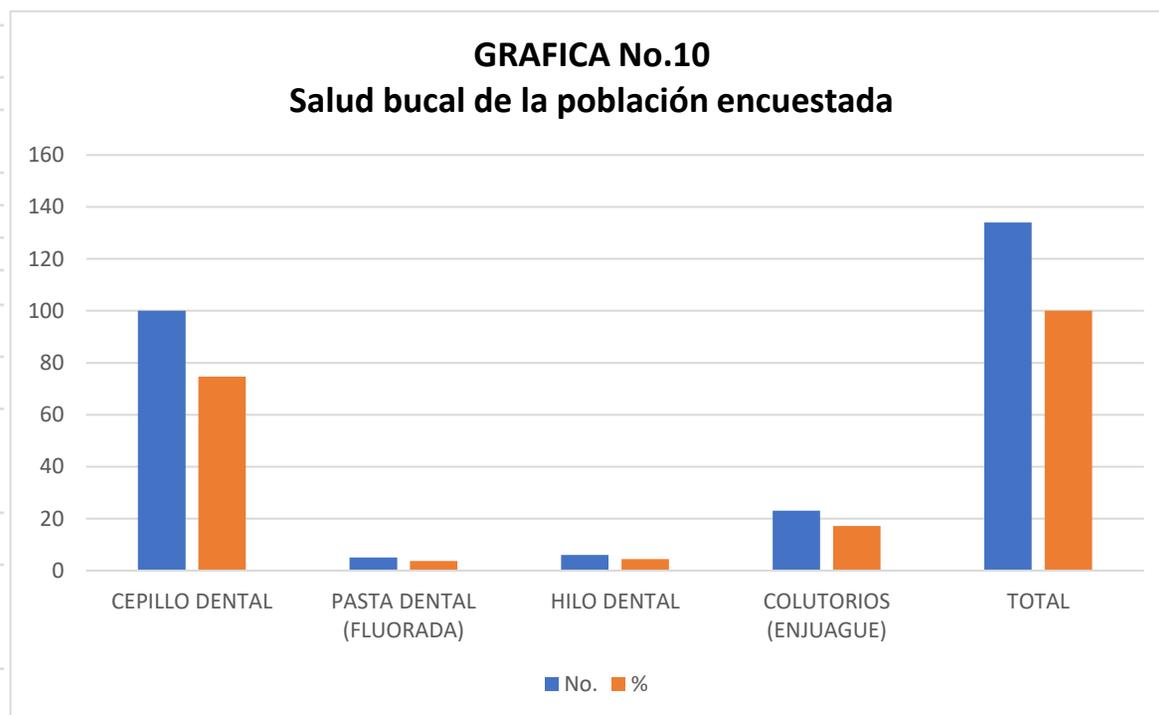
Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

La mayor cobertura de vacunación en grupo de edad de más de 60 años se da en la categoría de "Otras Vacunas" con un 28.85%, seguida de la vacuna Neumocócica Polisacárida con un 26.92%. La vacuna contra la Influenza Estacional cubre el 24.36% de las personas, y finalmente, la vacuna TD tiene la menor cobertura con un 19.87%.

10. Salud Bucal

10.1 Higiene bucal de la población encuestada (Cuadro N°12 y grafica N°10)

Cuadro no. 12		
Salud bucal de la población encuestada		
	No.	%
CEPILLO DENTAL	100	53.48
PASTA DENTAL (FLUORADA)	7	3.74
HILO DENTAL	28	14.97
COLUTORIOS (ENJUAGUE)	52	27.81
TOTAL	187	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

La mayoría de las personas encuestadas (74.63%) utilizan el cepillo dental, lo que indica que es el método de higiene bucal más común y aceptado.

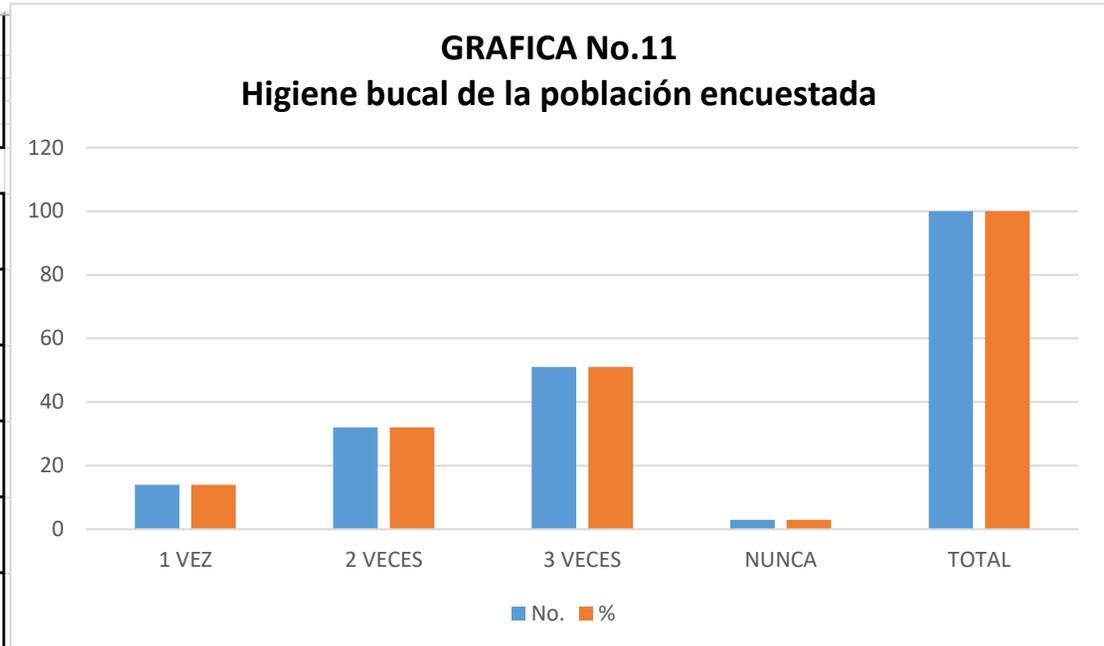
Pasta Dental (Fluorada): Solo el 3.73% de las personas usan pasta dental fluorada, lo que podría sugerir una falta de conciencia o disponibilidad de este producto específico.

Hilo Dental: Un 4.48% de las personas utilizan hilo dental, mostrando una baja adherencia a esta práctica de higiene bucal, que es crucial para la salud gingival.

Colutorios (Enjuague Bucal): El 17.16% de las personas usan enjuague bucal, lo cual es relativamente alto comparado con el uso de pasta dental fluorada e hilo dental.

10.2 Número de veces que realiza la higiene bucal, (Cuadro N°13 y grafica N°11)

Cuadro No. 13		
Higiene bucal de la población encuestada		
CEPILLADO DE DIENTES	No.	%
1 VEZ	14	14.00
2 VECES	32	32.00
3 VECES	51	51.00
NUNCA	3	3.00
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Cepillado 3 Veces al Día: La mayoría de la población encuestada (51%) se cepilla los dientes tres veces al día, indicando un alto nivel de compromiso con la higiene bucal.

Cepillado 2 Veces al Día: Un 32% de las personas se cepilla los dientes dos veces al día, lo cual es adecuado y comúnmente recomendado.

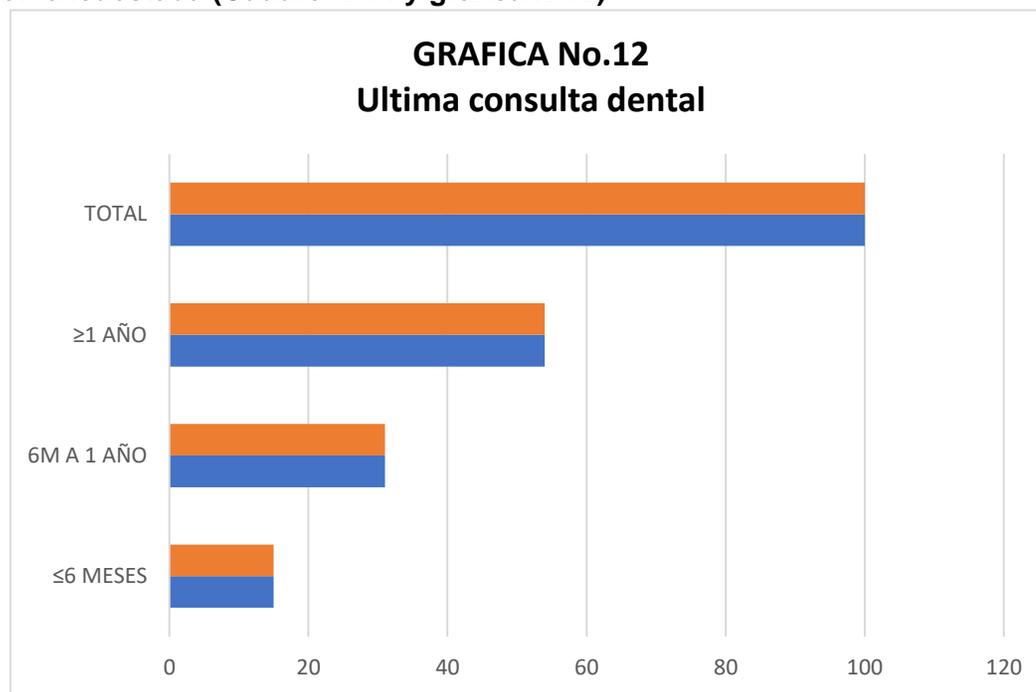
Cepillado 1 Vez al Día: El 14% de las personas solo se cepilla los dientes una vez al día, lo cual podría no ser suficiente para una higiene bucal óptima.

Nunca Cepillarse: Un 3% de las personas no se cepilla los dientes en absoluto, lo que es preocupante y necesita intervención inmediata.

10.3 Última consulta dental de la población encuestada (Cuadro N°14 y grafica N°12)

CUADRO No. 14
Última consulta dental

ÚLTIMA CONSULTA DENTAL	No.	%
≤6 MESES	15	15.00
6M A 1 AÑO	31	31.00
≥1 AÑO	54	54.00
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Consulta Dental hace ≥ 1 Año: Más de la mitad de la población encuestada (54%) no ha visitado al dentista en más de un año, lo que indica una baja frecuencia de chequeos dentales regulares.

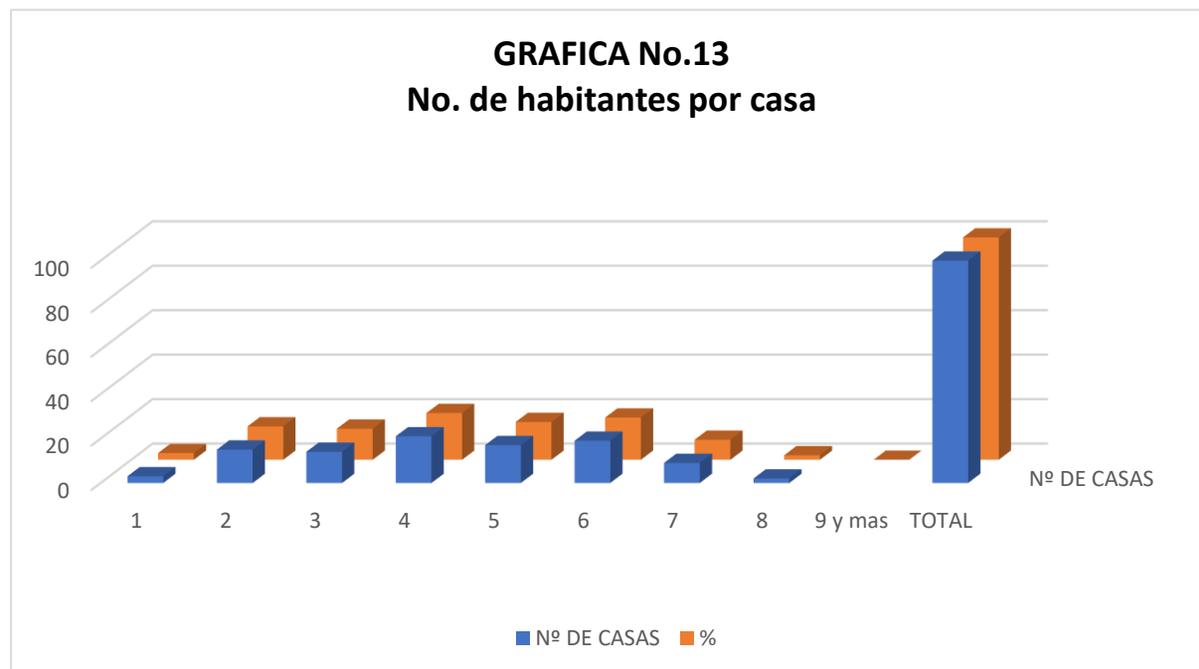
Consulta Dental hace 6 Meses a 1 Año: Un 31% de las personas han visitado al dentista en el último año pero no dentro de los últimos seis meses, lo que es mejor, pero aún puede mejorarse.

Consulta Dental hace ≤ 6 Meses: Solo el 15% de la población ha tenido una consulta dental en los últimos seis meses, lo cual es un indicador de una buena práctica de cuidado dental regular, pero es un porcentaje bajo en comparación con el estándar recomendado de visitas regulares al dentista.

11. Características Vivienda

11.1. Número de personas que habitan en la vivienda (Cuadro N°15 y grafica N°13)

CUADRO No. 15		
No. de habitantes por casa		
Nº HABITANTES	Nº DE CASAS	%
1	3	3.00
2	15	15.00
3	14	14.00
4	21	21.00
5	17	17.00
6	19	19.00
7	9	9.00
8	2	2.00
9 y mas		0.00
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

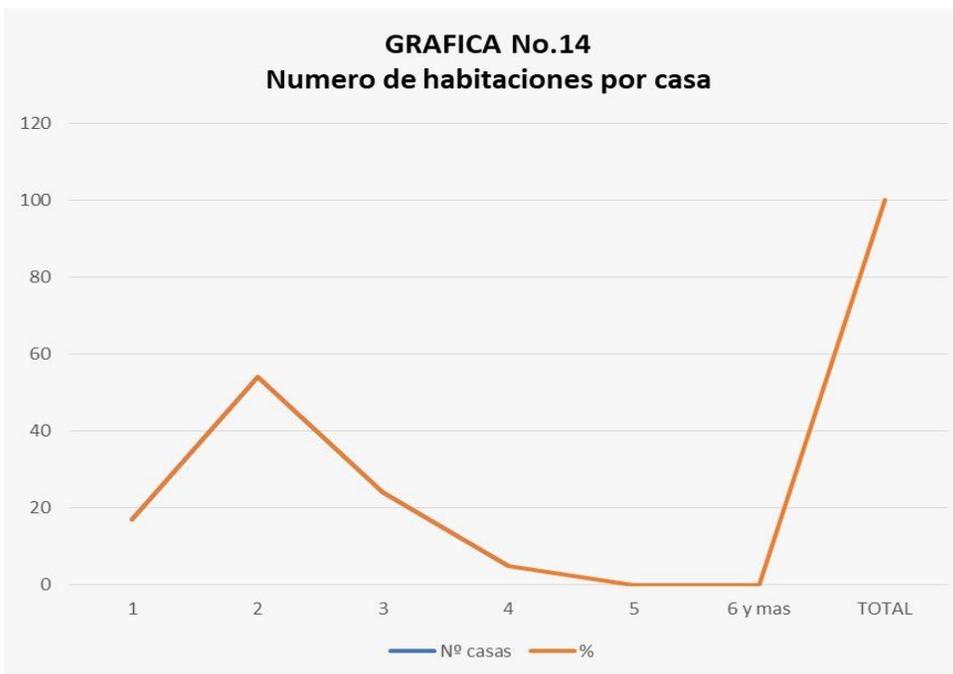
Distribución Dominante: La mayoría de las casas tienen entre 4 y 6 habitantes, con el 21%, 17%, y 19% respectivamente. Esto indica que la mayoría de las familias en la encuesta son de tamaño medio.

Casas con Menos Habitantes: Solo el 3% de las casas tienen un solo habitante, mientras que el 15% tienen dos habitantes.

Casas con Más Habitantes: El 9% de las casas tienen 7 habitantes, y el 4% tienen 9 o más habitantes. Estas cifras indican que hay una proporción significativa de casas con grandes familias.

11.2. Número de habitaciones que utilizan en la vivienda para dormir (Cuadro N°16 y grafica N°14)

CUADRO No. 16 Numero de habitaciones por casa		
Nº HABITACIONES	Nº casas	%
1	17	17
2	54	54
3	24	24
4	5	5
5		0
6 y mas		0
TOTAL	100	100



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Casas con 2 Habitaciones: La mayoría de las casas (54%) tienen 2 habitaciones, lo que indica que la mayoría de las familias viven en viviendas con un número moderado de habitaciones.

Casas con 3 Habitaciones: El 24% de las casas tienen 3 habitaciones, lo cual es también un número significativo y sugiere una ligera amplitud en el espacio de las viviendas.

Casas con 1 Habitación: El 17% de las casas tienen solo 1 habitación, lo que puede indicar un espacio limitado y posiblemente hacinamiento en estas viviendas.

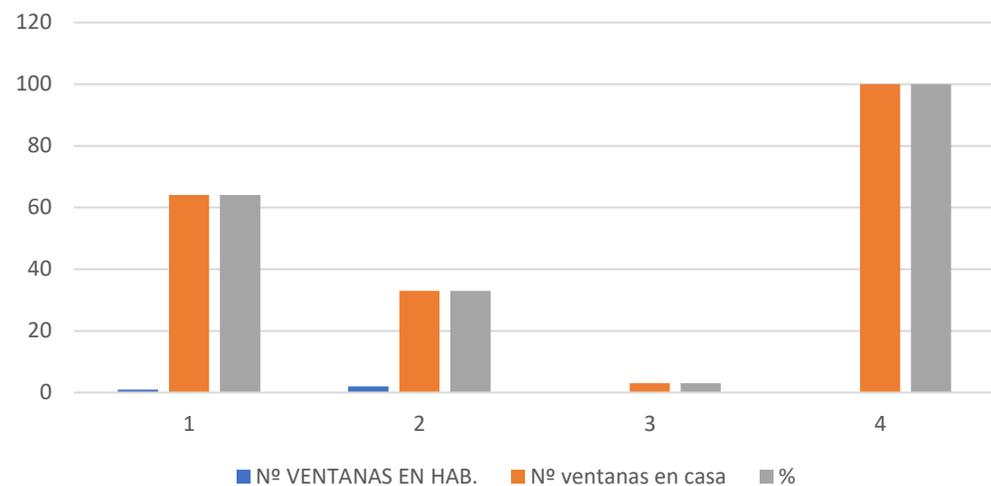
Casas con 4 Habitaciones: Solo el 5% de las casas tienen 4 habitaciones, mientras que ninguna de las casas reporta tener 5 o más habitaciones.

11.3 Número de ventanas por habitación (Cuadro N°17 y grafica N°15)

CUADRO No. 17
Numero de ventanas por habitación

Nº VENTANAS EN HAB.	Nº ventanas en casa	%
1	64	64
2	33	33
3 o más	3	3
TOTAL	100	100

GRAFICA No.15
Numero de ventanas por habitación



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Casas con 1 Ventana por Habitación: La mayoría de las casas (64%) tienen una sola ventana por habitación, lo que podría limitar la ventilación y la luz natural en estas viviendas.

Casas con 2 Ventanas por Habitación: El 33% de las casas tienen dos ventanas por habitación, lo que mejora la ventilación y la iluminación natural en comparación con aquellas que tienen solo una ventana.

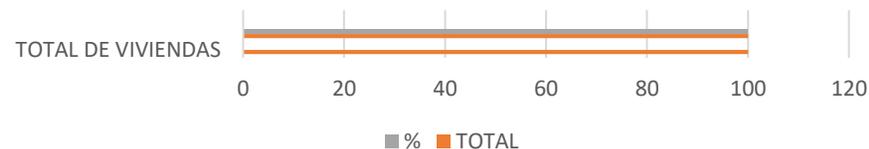
Casas con 3 o Más Ventanas por Habitación: Solo el 3% de las casas tienen tres o más ventanas por habitación, indicando que muy pocas viviendas tienen una ventilación y luz natural óptimas.

Diagrama del Índice de hacinamiento por vivienda (Grafica N°16)

Diagrama del Índice de hacinamiento por vivienda																		
Habitaciones (Dormitorios)	NO. DE HABITANTES POR VIVIENDA																	
	1	Viv.	2	Viv.	3	Viv.	4	Viv.	5	Viv.	6	Viv.	7	Viv.	8	Viv.	>9	Viv.
1	1.00	17	2.00		3.00		4.00		5.00		6.00		7.00		8.00		9.00	
2	0.50		1.00	54	1.50		2.00		2.50		3.00		3.50		4.00		4.50	
3	0.33		0.67		1.00	24	1.33		1.67		2.00		2.33		2.67		3.00	
4	0.25		0.50		0.75		1.00		1.25		1.50		1.75		2.00		2.25	
5	0.20		0.40		0.60		0.80		1.00	5	1.20		1.40		1.60		1.80	
6	0.17		0.33		0.50		0.67		0.83		1.00		1.17		1.33		1.50	
7	0.14		0.29		0.43		0.57		0.71		0.86		1.00		1.14		1.29	
8	0.13		0.25		0.38		0.50		0.63		0.75		0.88		1.00		1.13	
9 y mas	0.11		0.22		0.33		0.44		0.56		0.67		0.78		0.89		1.00	
Total		17		54		24		0		5		0		0		0		0

CARACTERÍSTICA	TOTAL	%
TOTAL DE VIVIENDAS	100	
NO. VIVIENDAS SIN HACINAMIENTO	100	100
NO. DE VIVIENDAS CON HACINAMIENTO	0	0

GRAFICA No.16
Índice de hacinamiento por vivienda



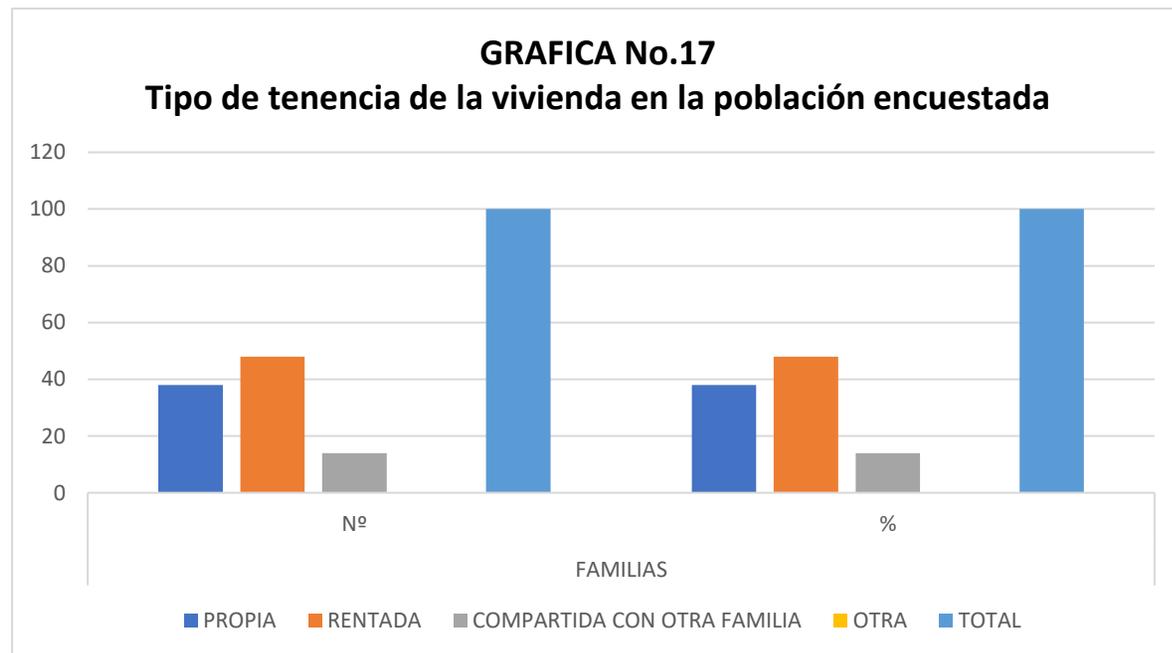
Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Viviendas sin Hacinamiento: La tabla indica que el 100% de las viviendas encuestadas no presentan condiciones de hacinamiento. Esto significa que todas las viviendas tienen suficiente espacio en relación con el número de habitantes.

Viviendas con Hacinamiento: No hay viviendas que se consideren hacinadas según los criterios utilizados en esta encuesta, lo cual es un indicativo positivo en términos de espacio habitable.

11.4. Tenencia de la vivienda (Cuadro N°18 y grafica N°17)

CUADRO No. 18 Tipo de tenencia de la vivienda en la población encuestada		
TIPO DE TENENCIA DE LA VIVIENDA	FAMILIAS	
	Nº	%
PROPIA	38	38.00
RENTADA	48	48.00
COMPARTIDA CON OTRA FAMILIA	14	14.00
OTRA		0.00
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Vivienda Propia: El 38% de las familias encuestadas poseen su vivienda, lo que indica un grado significativo de estabilidad y seguridad habitacional.

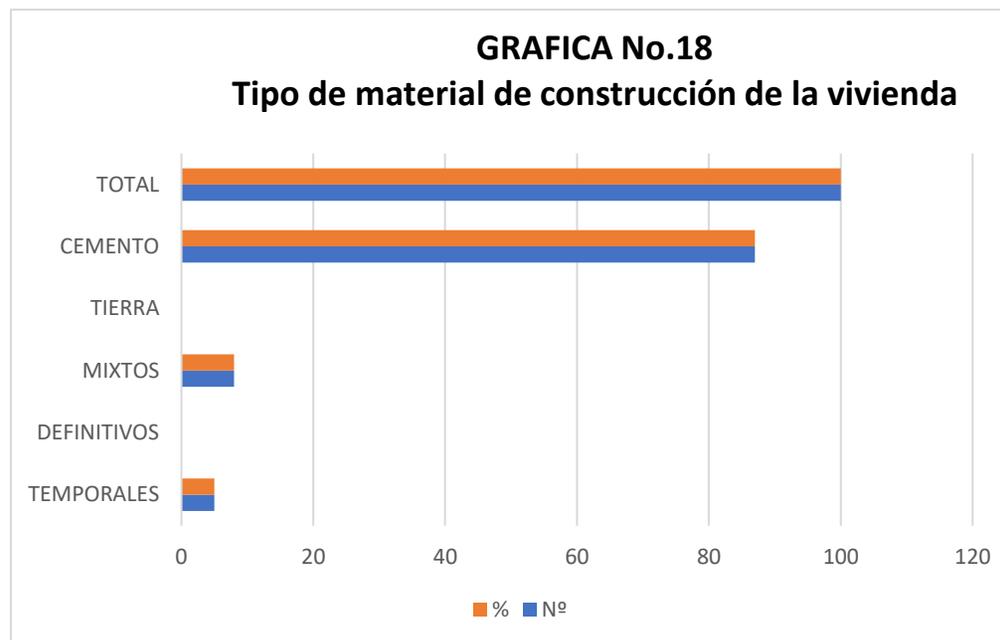
Vivienda Rentada: La mayoría de las familias (48%) viven en viviendas rentadas, lo que puede reflejar una tendencia hacia la movilidad o la falta de acceso a la propiedad de vivienda.

Vivienda Compartida con Otra Familia: El 14% de las familias comparten su vivienda con otra familia, lo que podría ser indicativo de soluciones habitacionales temporales o falta de recursos para acceder a una vivienda independiente.

Otra Tenencia: No se reportaron casos bajo la categoría "Otra", lo que sugiere que las opciones principales de tenencia están bien definidas en la muestra.

11.5. Materiales de construcción de la vivienda (Cuadro N°19 y grafica N°18)

CUADRO No. 19 Tipo de material de Construcción de la vivienda		
TIPO DE MATERIAL	N°	%
TEMPORALES	5	5.00
DEFINITIVOS		0.00
MIXTOS	8	8.00
TIERRA	0	0.00
CEMENTO	87	87.00
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Viviendas de Cemento: La mayoría de las viviendas (87%) están construidas con materiales de cemento, lo cual es un indicativo positivo de durabilidad y resistencia estructural.

Viviendas con Materiales Mixtos: Un 8% de las viviendas utilizan materiales mixtos, lo que puede implicar una combinación de materiales temporales y permanentes.

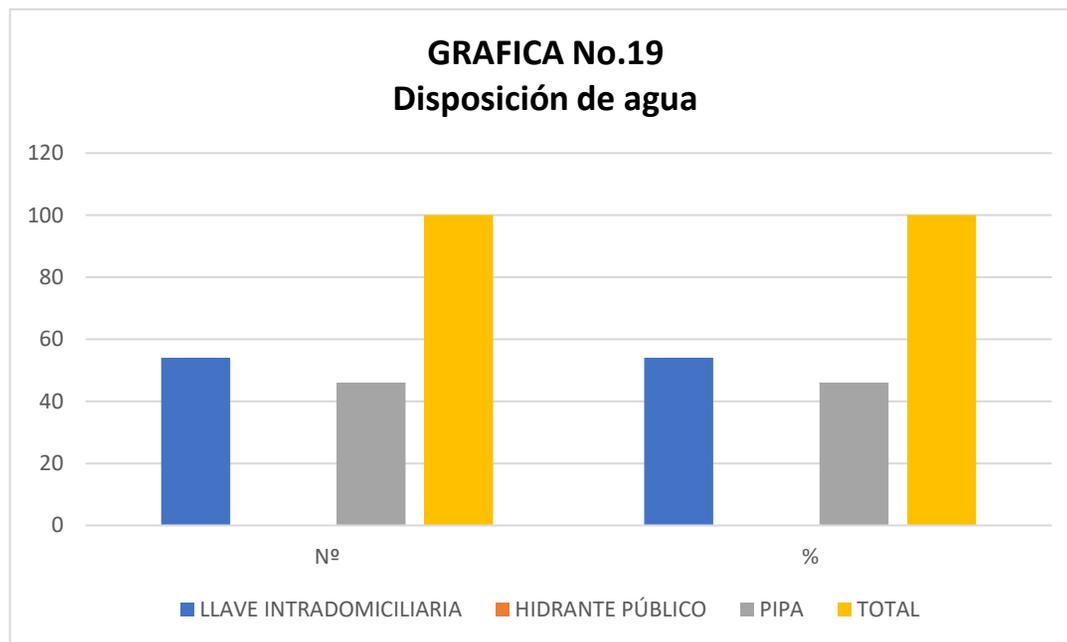
Viviendas Temporales: El 5% de las viviendas están construidas con materiales temporales, lo que puede señalar una situación de vulnerabilidad estructural.

Viviendas de Tierra: No hay viviendas construidas con tierra en esta muestra.

Viviendas Definitivas: No hay viviendas clasificadas como de materiales definitivos fuera de cemento y mixtos.

11.6 Tipo de disposición de agua en la vivienda (Cuadro N°20 y grafica N°19)

CUADRO No. 20 Disposición de agua		
FORMA DE DISPOSICIÓN	N°	%
LLAVE INTRADOMICILIARIA	54	54.00
HIDRANTE PÚBLICO		0.00
PIPA	46	46.00
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

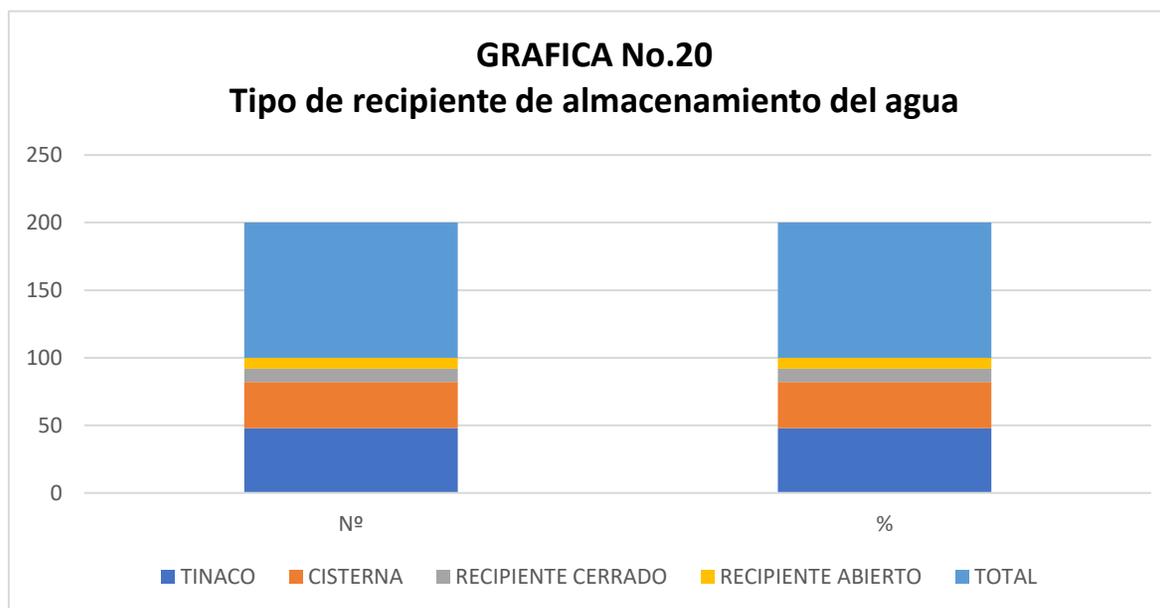
Llave Intradomiciliaria: La mayoría de las viviendas (54%) tienen acceso al agua a través de una llave intradomiciliaria, lo que representa un buen nivel de acceso a agua potable dentro de las viviendas.

Hidrante Público: Ninguna de las viviendas depende de un hidrante público para su suministro de agua, lo cual es positivo ya que el acceso a un hidrante público puede ser menos conveniente y menos seguro.

Pipa: El 46% de las viviendas reciben agua mediante pipas, lo cual puede indicar una infraestructura insuficiente para el suministro de agua directo y puede representar una variabilidad en la disponibilidad y calidad del agua.

11.7 Almacenamiento del agua en la vivienda (Cuadro N°21 y grafica N°20)

CUADRO No. 21		
Tipo de recipiente de almacenamiento del agua		
CONDICIONES DE LOS RECIPIENTES DE ALMACENAMIENTO	N°	%
TINACO	48	48
CISTERNA	34	34
RECIPIENTE CERRADO	10	10
RECIPIENTE ABIERTO	8	8
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Tinaco: El 48% de las viviendas utiliza tinacos para almacenar agua, lo que es común en muchas áreas debido a su facilidad de instalación y uso.

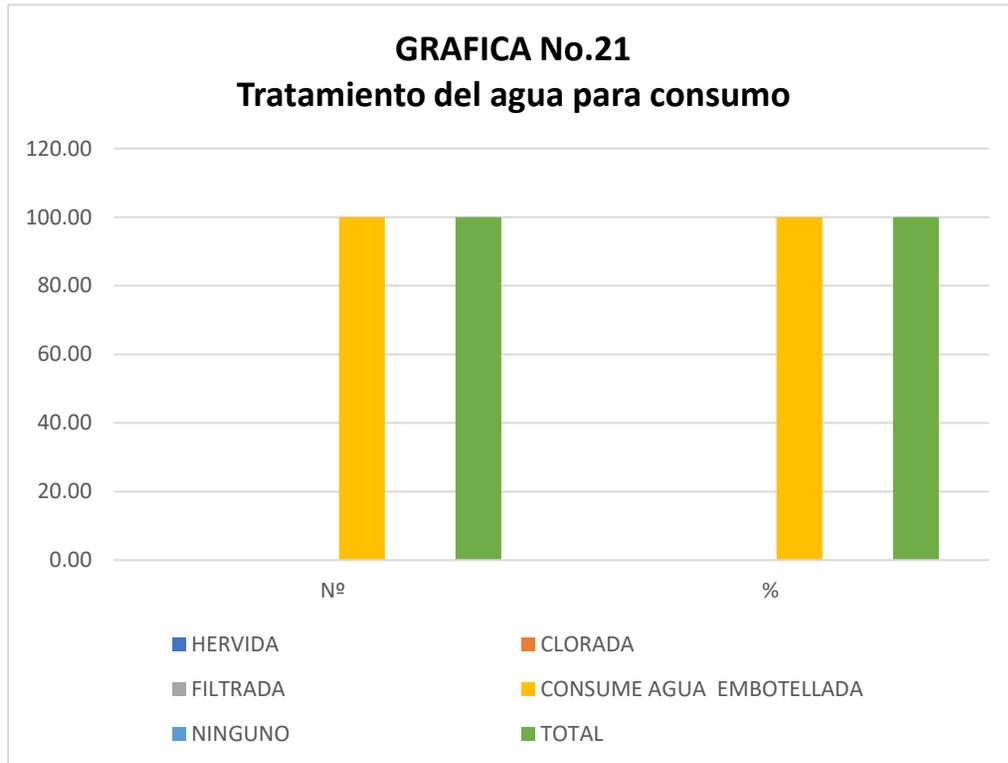
Cisterna: El 34% de las viviendas tiene cisternas, que suelen ser más grandes y pueden proporcionar un suministro de agua más estable.

Recipiente Cerrado: Un 10% de las viviendas usa recipientes cerrados para almacenar agua, lo cual es positivo desde el punto de vista sanitario ya que ayuda a prevenir la contaminación del agua.

Recipiente Abierto: El 8% de las viviendas almacena agua en recipientes abiertos, lo cual puede ser un riesgo para la salud debido a la posibilidad de contaminación y proliferación de mosquitos.

11.8 Tratamiento del agua para consumo (Cuadro N°22 y grafica N°21)

CUADRO No. 22 Tratamiento del agua para consumo		
TRATAMIENTO	N°	%
HERVIDA		0.00
CLORADA		0.00
FILTRADA		0.00
CONSUME AGUA EMBOTELLADA	100	100.00
NINGUNO		0.00
TOTAL	100	100.00



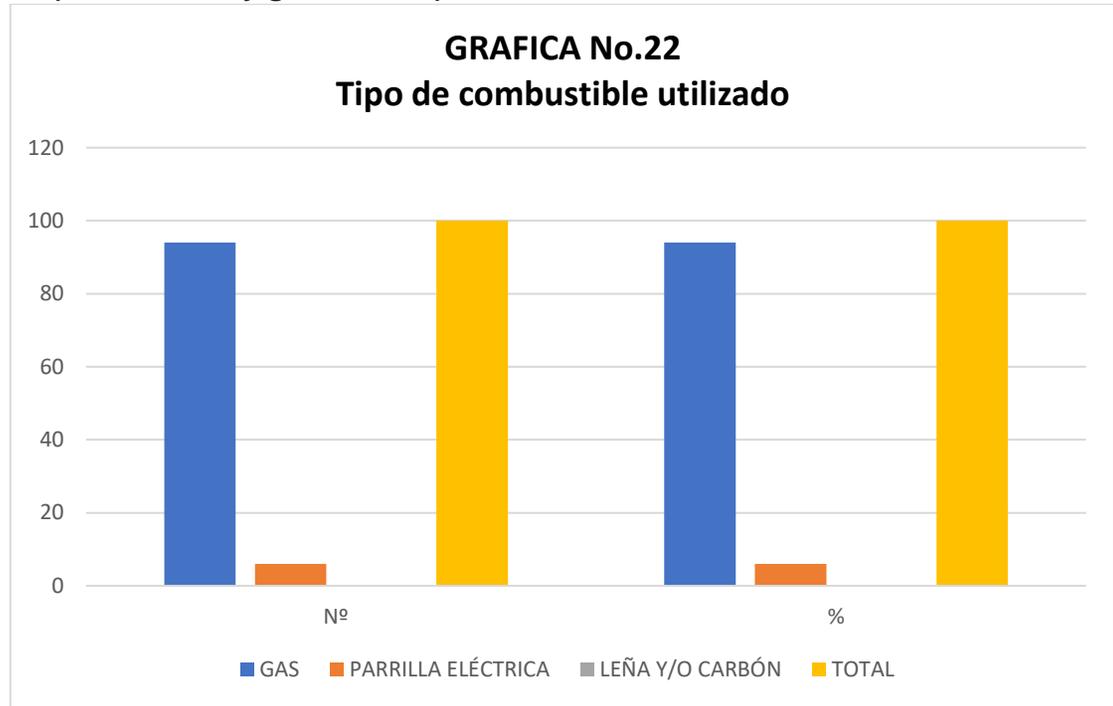
Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Agua Embotellada: El 100% de las viviendas consume agua embotellada. Este dato refleja una completa dependencia de agua embotellada para el consumo.

Otros Métodos de Tratamiento: No se reporta el uso de otros métodos de tratamiento del agua como hervir, clorar o filtrar.

11.9 Combustibles utilizados en la vivienda (Cuadro N°23 y grafica N°22)

CUADRO No. 23		
Tipo de combustible utilizado		
TIPO DE COMBUSTIBLE	N°	%
GAS	94	94.00
PARRILLA ELÉCTRICA	6	6.00
LEÑA Y/O CARBÓN		0.00
TOTAL	100	100.00

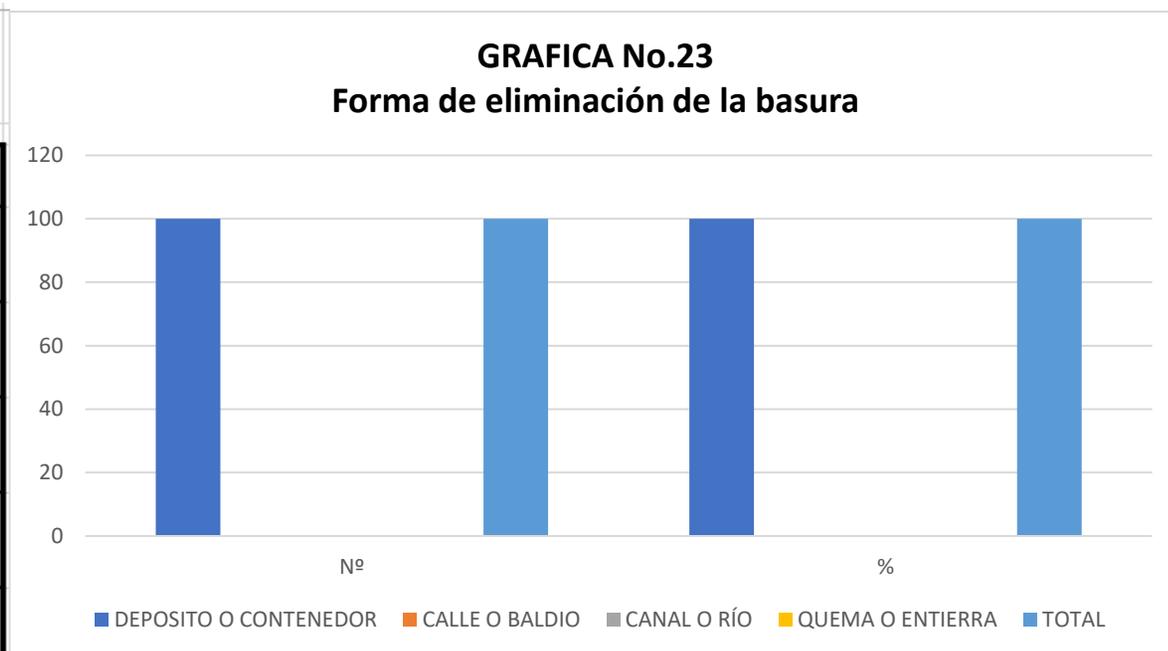


Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Esto indica que la gran mayoría de la población utiliza gas como combustible principal (94%), seguido de un pequeño porcentaje que utiliza parrilla eléctrica (6%). No hay usuarios que utilicen leña o carbón.

11.10 Método utilizado para la eliminación de basura en la población encuestada (Cuadro N°24 y grafica N°23)

CUADRO No. 24 Forma de eliminación de la basura		
FORMA DE ELIMINACIÓN	N°	%
DEPOSITO O CONTENEDOR	100	100.00
CALLE O BALDIO		0.00
CANAL O RÍO		0.00
QUEMA O ENTIERRA		0.00
TOTAL	100	100



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

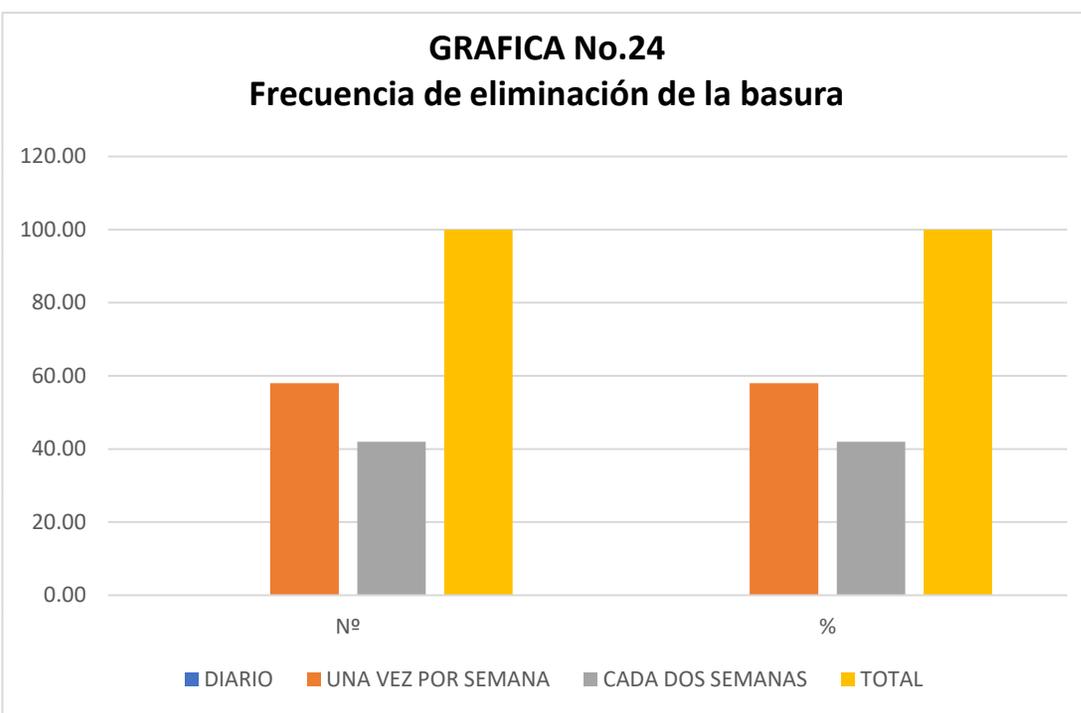
Se categorizan los métodos utilizados para la eliminación de basura en la población, incluyendo depósitos o contenedores, calles o baldíos, canales o ríos, y quema o entierro.

La suma total de usuarios y el porcentaje total, que es 100, indicando que todos los métodos de eliminación de basura considerados suman el 100% de la población.

Toda la población utiliza depósitos o contenedores para la eliminación de basura, lo que indica un manejo uniforme y probablemente organizado de los desechos en la comunidad. No se reportan prácticas inadecuadas o perjudiciales para el medio ambiente, como la eliminación en calles, baldíos, canales o ríos, ni la quema o entierro de basura.

11.11 Frecuencia de la eliminación de basura (Cuadro N°25 y grafica N°24)

CUADRO No. 25 Frecuencia de eliminación de la basura		
FRECUENCIA DE ELIMINACIÓN	N°	%
DIARIO		0.00
UNA VEZ POR SEMANA	58	58.00
CADA DOS SEMANAS	42	42.00
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

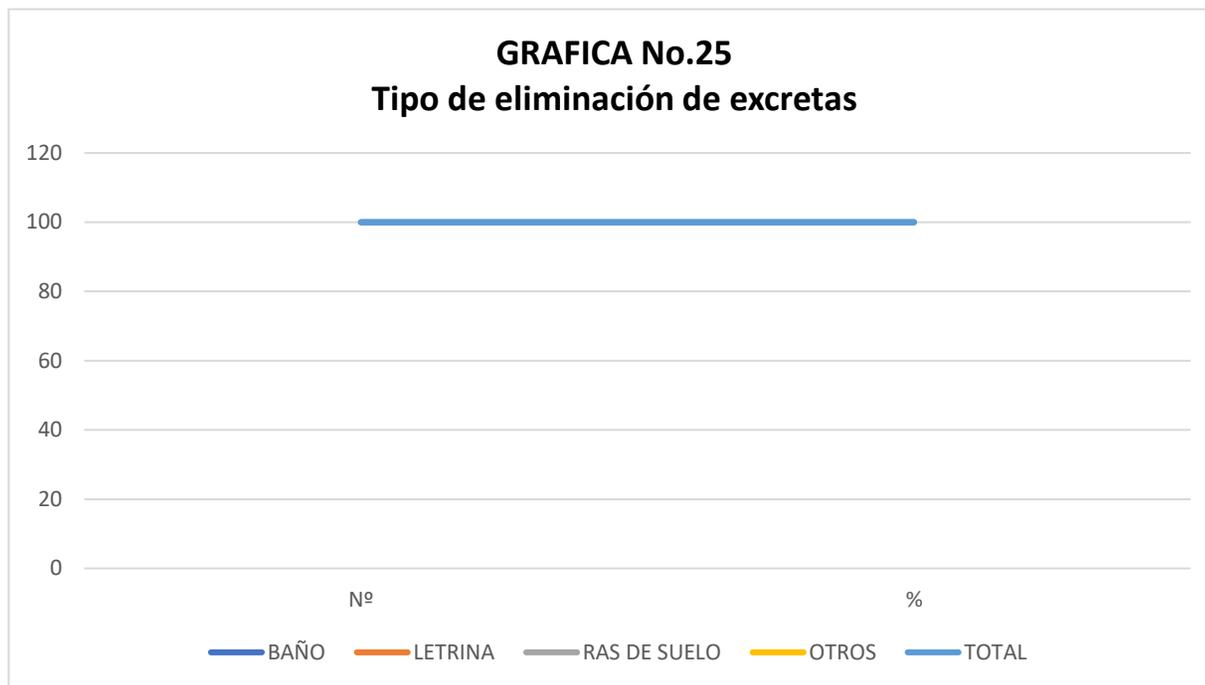
Eliminación diaria de basura: No hay personas que eliminen la basura diariamente, lo que podría indicar falta de infraestructura o servicios para la eliminación diaria.

Eliminación semanal: La mayoría de los encuestados (58%) eliminan la basura una vez por semana, lo cual parece ser la práctica más común.

Eliminación cada dos semanas: Un 42% de los encuestados eliminan la basura cada dos semanas, lo cual es una proporción significativa, pero menor que la eliminación semanal.

11.12 Mecanismo que utilizada la familia para eliminar las excretas (Cuadro N°26 y grafica N°25)

CUADRO No. 26 Tipo de eliminación de excretas		
FORMA DE ELIMINACIÓN	N°	%
BAÑO	100	100.00
LETRINA		0.00
RAS DE SUELO		0.00
OTROS		0.00
TOTAL	100	100



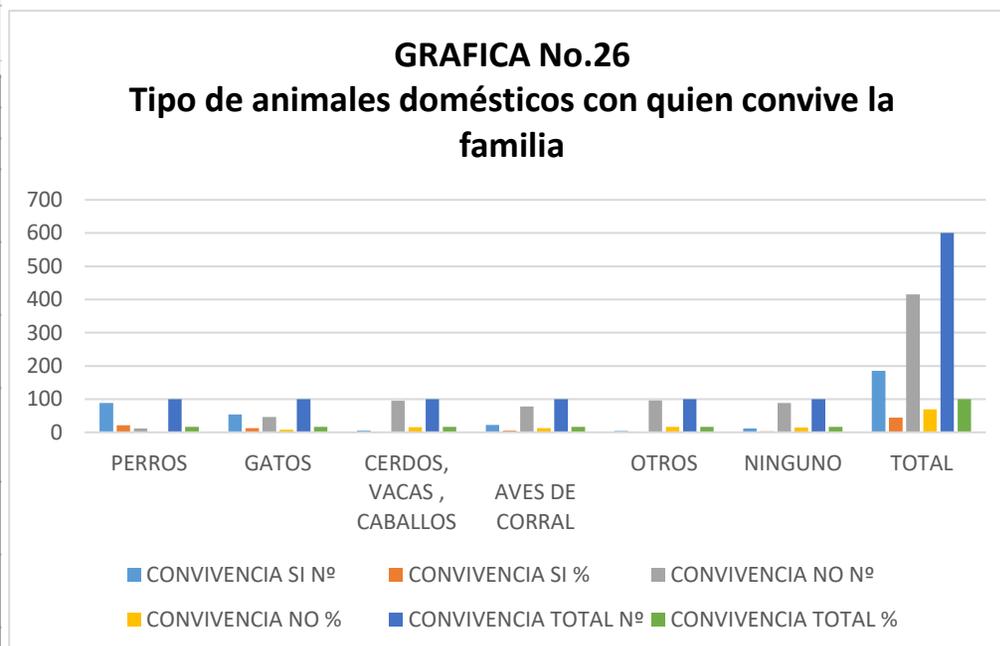
Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Uso de baño: La totalidad de los encuestados (100%) utiliza el baño para la eliminación de excretas. Este es un resultado positivo que indica que todas las familias encuestadas tienen acceso a instalaciones sanitarias adecuadas.

Uso de letrina, ras de suelo y otros métodos: No hay encuestados que utilicen letrina, eliminen excretas a ras de suelo o empleen otros métodos. Esto también sugiere una buena infraestructura sanitaria en la comunidad encuestada.

11.13 Con qué tipo de animales domésticos convive la familia encuestada (Cuadro N°27 y grafica N°26)

CUADRO No. 27						
Tipo de animales domésticos con quien convive la familia						
TIPO DE ANIMAL	CONVIVENCIA					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
PERROS	78	13.00	22	3.67	100	16.7
GATOS	49	8.17	51	8.50	100	16.7
CERDOS, VACAS , CABALLOS	12	2.00	88	14.67	100	16.7
AVES DE CORRAL	11	1.83	89	14.83	100	16.7
OTROS	0	0.00	100	16.67	100	16.7
NINGUNO	0	0.00	100	0.00	100	0.0
TOTAL	150	17.33	450	75.00	600	100.0



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Perros: 88 familias conviven con perros (88.00%), 12 familias no conviven con perros (12.00)

Gatos: 54 familias conviven con gatos (54.00%), 46 familias no conviven con gatos (46.00)

Cerdos, Vacas, Caballos: 5 familias conviven con estos animales (5.00%), 95 familias no conviven con ellos (95.00)

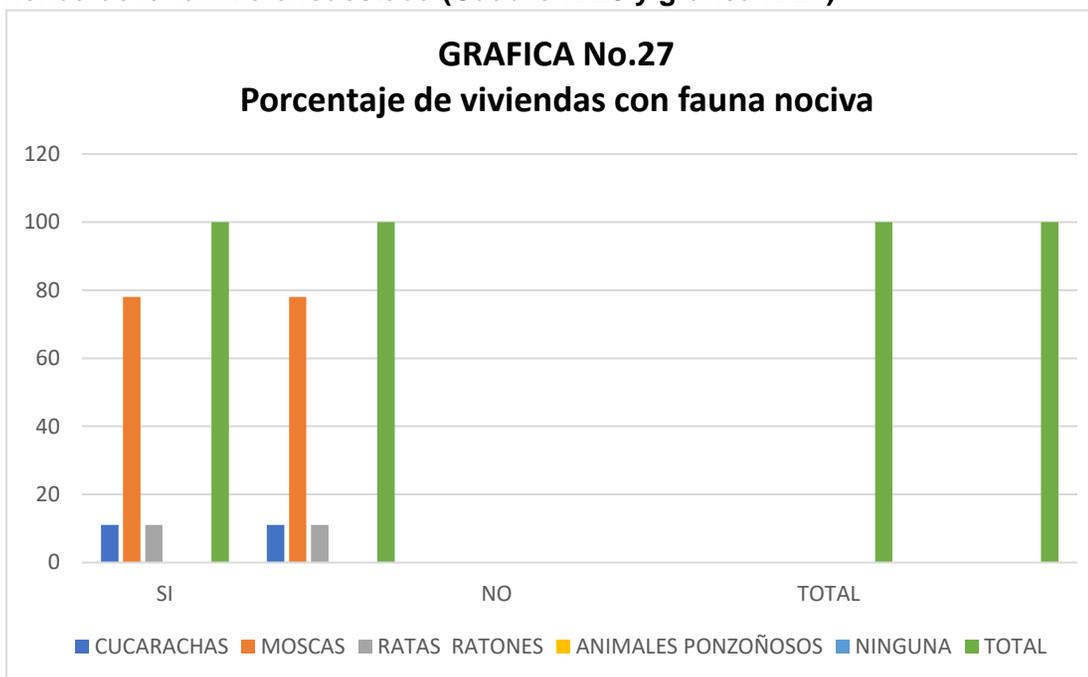
Aves de corral: 22 familias conviven con aves de corral (22.00%), 78 familias no conviven con ellas (78.00)

Otros: 4 familias conviven con otros animales (4.00%), 96 familias no conviven con otros animales (96.00)

Ninguno: 0 familias conviven con ningún animal (0.00%), 88 familias no conviven con ningún animal (88.00)

11.14 Tipo de fauna nociva que hay en la vivienda de la familia encuestada (Cuadro N°28 y grafica N°27)

CUADRO No. 28 Porcentaje de viviendas con fauna nociva						
TIPO DE FAUNA	VIVIENDAS CON PRESENCIA DE FAUNA					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CUCARACHAS	11	11.00		0.00		0.00
MOSCAS	78	78.00		0.00		0.00
RATAS RATONES	11	11.00		0.00		0.00
ANIMALES PONZOÑOSOS	0	0.00		0.00		0.00
NINGUNA	0	0.00		0.00		0.00
TOTAL	100	100	0	0.00	100	100.0



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Cucarachas: 11 viviendas reportan la presencia de cucarachas (11.00%)

Moscas: 78 viviendas reportan la presencia de moscas (78.00%)

Ratas/Ratones: 11 viviendas reportan la presencia de ratas o ratones (11.00%)

Animales ponzoñosos: 0 viviendas reportan la presencia de animales ponzoñosos (0.00%)

Ninguna: 0 viviendas reportan no tener fauna nociva (0.00%)

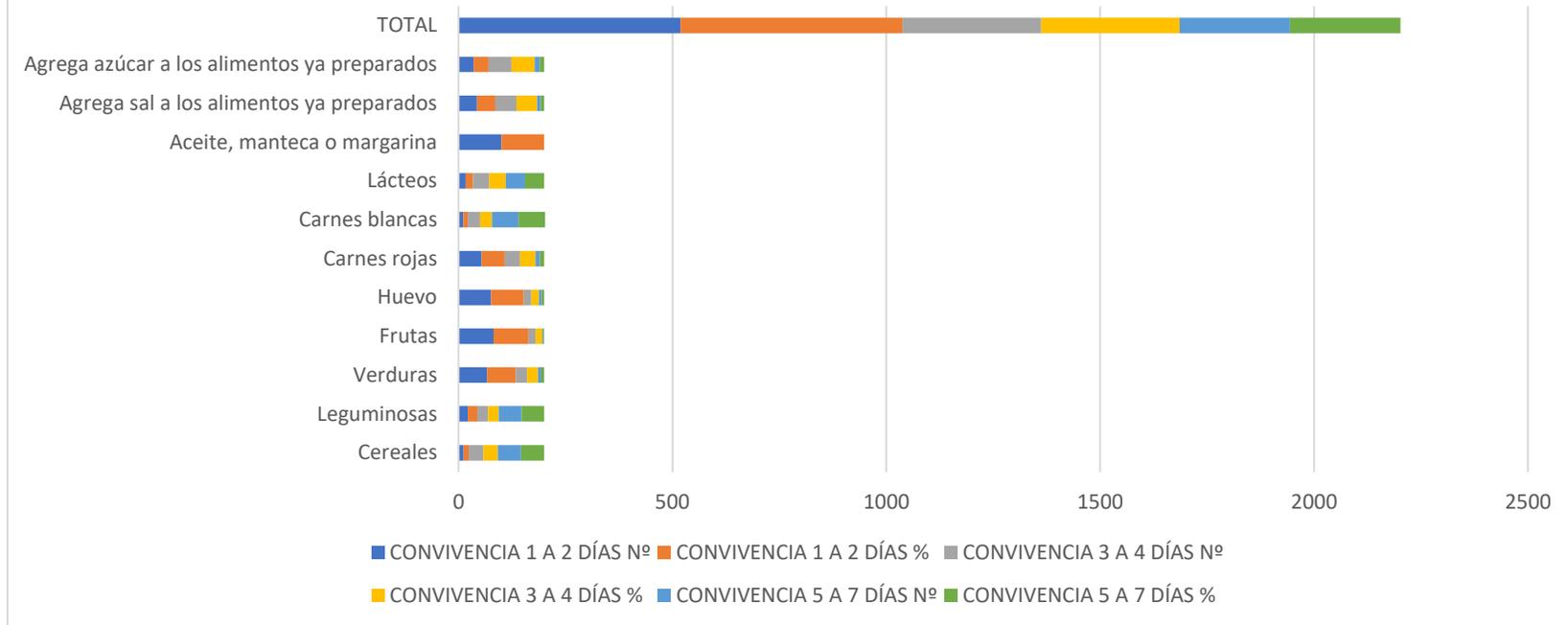
12. Alimentación Familiar

12.1. Frecuencia de alimentos consumidos por los integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°29 y grafica N°28)

CUADRO No. 29						
Tipo de alimentación						
TIPO DE ANIMAL	CONVIENCIA					
	1 A 2 DÍAS		3 A 4 DÍAS		5 A 7 DÍAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cereales	12	12.00	34	34.00	54	54.0
Leguminosas	22	22.00	25	25.00	53	53.0
Verduras	67	67.00	26	26.00	7	7.0
Frutas	82	82.00	16	16.00	2	2.0
Huevo	76	76.00	18	18.00	6	6.0
Carnes rojas	54	54.00	36	36.00	10	10.0
Carnes blancas	11	11.00	28	28.00	62	62.0
Lácteos	17	17.00	38	38.00	45	45.0
Aceite, manteca o margarina	100	100.00	0	0.00	0	0.0
Agrega sal a los alimentos ya preparados	43	43.00	43	43.00	8	8.0
Agrega azúcar a los alimentos ya preparados	35	35.00	54	54.00	11	11.0
TOTAL	519	###	324	###	258	###

Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

GRAFICA No.28
Tipo de alimentación



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Cereales y leguminosas son consumidos regularmente durante la semana, con un mayor consumo en 5 a 6 días.

Verduras se consumen principalmente en los primeros días de la semana (1 a 2 días).

Frutas también se consumen mayormente al inicio de la semana (1 a 2 días).

El huevo, las carnes rojas y blancas* tienen un consumo equilibrado, pero las carnes blancas se consumen más a partir de 5 días.

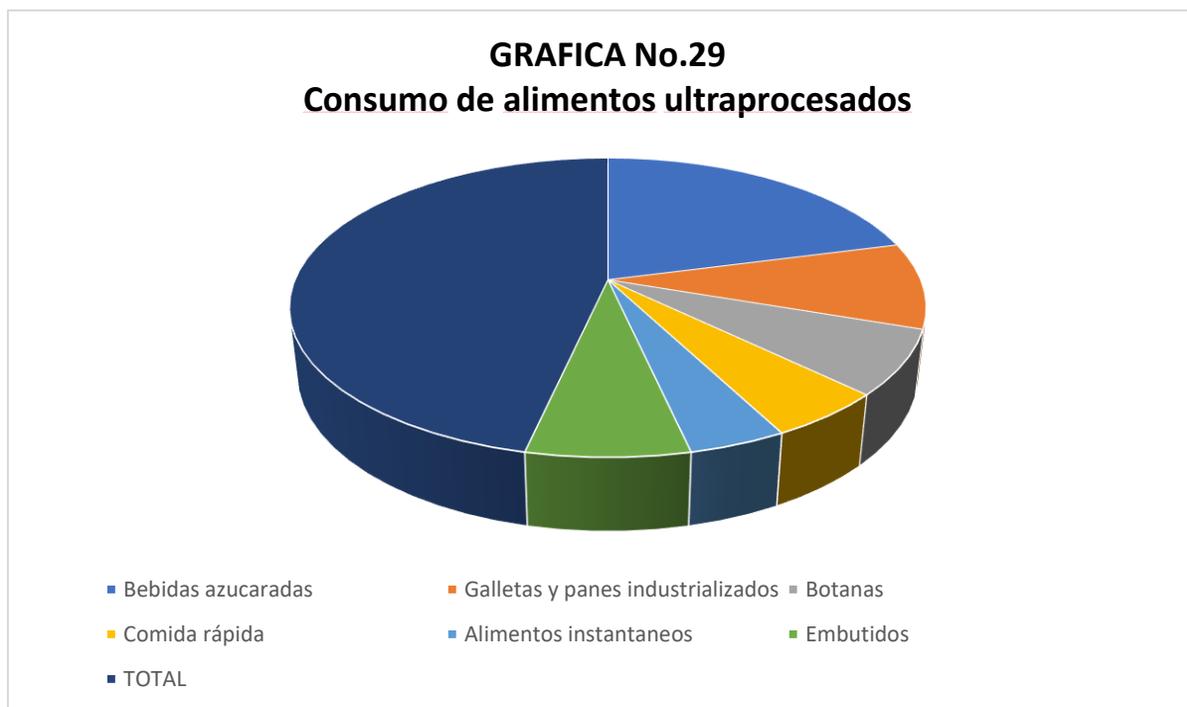
Lácteos muestran una distribución balanceada en su consumo.

El aceite, la manteca o la margarina* se utilizan todos los días por la mayoría de las personas.

La sal y el azúcar* añadidas a los alimentos preparados muestran un consumo moderado, pero frecuente

12.2. Frecuencia de alimentos ultra procesados consumidos por los integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°30 y grafica N°29)

CUADRO No. 30 Consumo de alimentos ultraprocesados		
FRECUENCIA DE ALIMENTOS CONSUMIDOS	N°	%
Bebidas azucaradas	45	45
Galletas y panes industrializados	20	20
Botanas	15	15
Comida rápida	11	11
Alimentos instantaneos	9	9
Embutidos	15	15
TOTAL	100	100



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Bebidas azucaradas: Con el 45%, son los alimentos ultraprocesados más consumidos entre los encuestados.

Galletas y panes industrializados: Con un 20%, estos productos también representan una parte significativa del consumo.

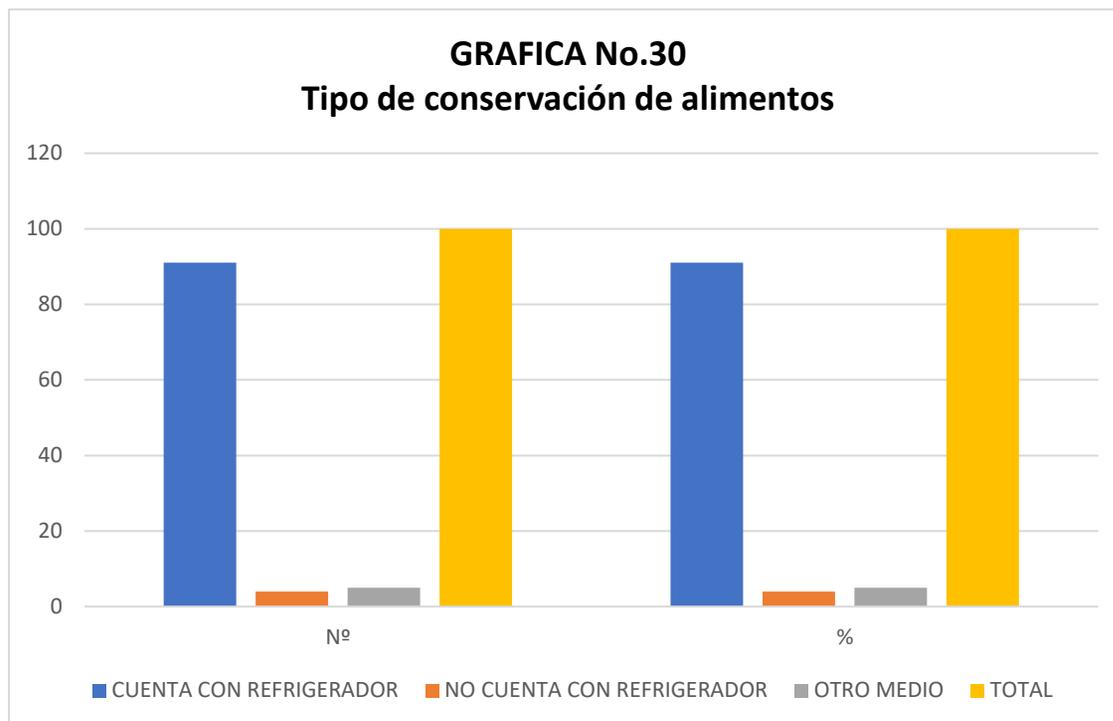
Botanas y embutidos: Ambos con un 15%, representan una cantidad considerable del consumo de alimentos ultraprocesados

Comida rápida: Con un 11%, aunque menor que los otros grupos, sigue siendo significativo.

Alimentos instantáneos: Con un 9%, son los menos consumidos dentro de esta categoría

12.3. Métodos utilizados para la conservación de alimentos de los integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°31 y grafica N°30)

CUADRO No. 31		
Tipo de conservación de alimentos		
FORMA DE CONSERVACIÓN	Nº	%
CUENTA CON REFRIGERADOR	91	91.00
NO CUENTA CON REFRIGERADOR	4	4.00
OTRO MEDIO	5	5.00
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Cuenta con refrigerador: La gran mayoría de los encuestados (91%) conservan sus alimentos en refrigeradores.

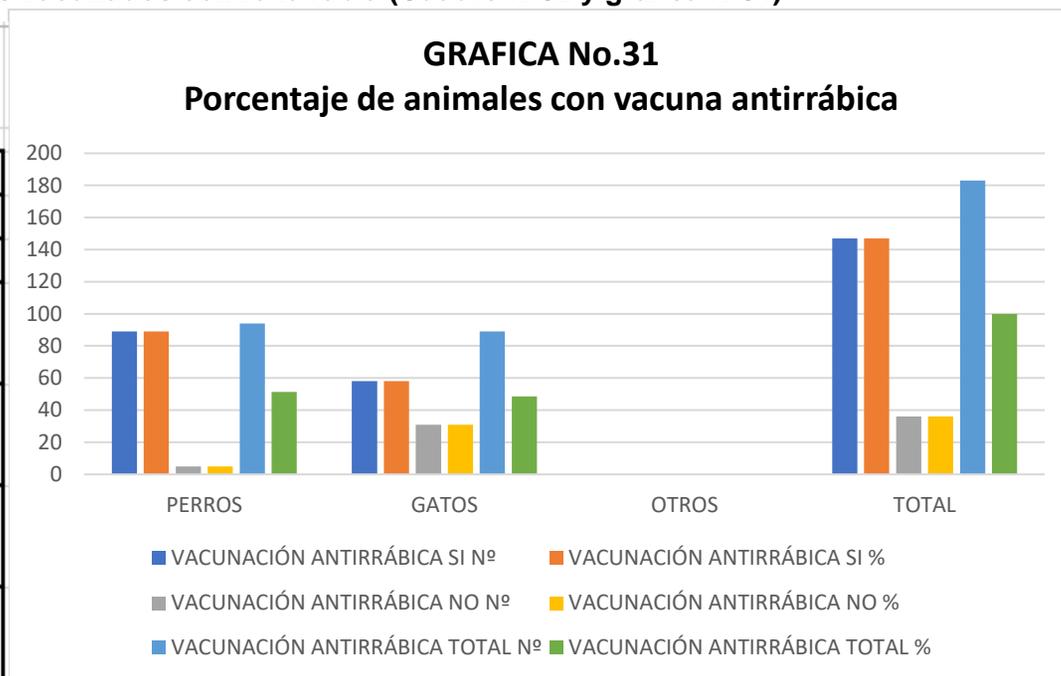
No cuenta con refrigerador: Un pequeño porcentaje (4%) de los encuestados no tiene acceso a un refrigerador

Otro medio: El 5% de los encuestados utiliza otros medios de conservación.

13. Entorno de la Vivienda

13.1. Prevención de la rabia, número de perros o gatos vacunados contra la rabia (Cuadro N°32 y grafica N°31)

CUADRO No. 32 Porcentaje de animales con vacuna antirrábica						
TIPO DE ANIMAL	VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
PERROS	89	89.00	5	5.00	94	51.37
GATOS	58	58.00	31	31.00	89	48.63
OTROS	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	147	147.00	36	36.00	183	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

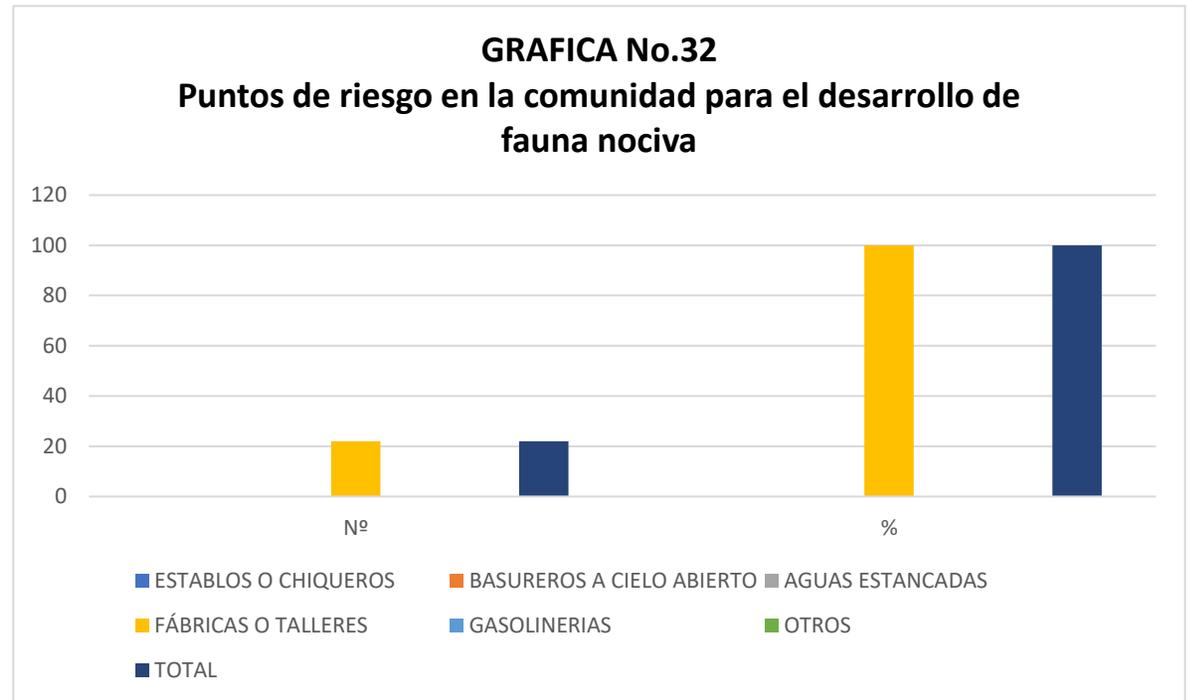
Perros: Un alto porcentaje de perros (89.00%) está vacunado contra la rabia, lo cual es positivo para la prevención de esta enfermedad en la comunidad. Solo el 5.00% de los perros no están vacunados.

Gatos: Un 58.00% de los gatos está vacunado, lo cual es una mayoría, pero hay un 31.00% que no está vacunado. Esto representa un área de mejora significativa para aumentar la cobertura de vacunación en gatos.

Otros: No hay datos sobre otros tipos de animales en términos de vacunación antirrábica, lo que sugiere que no se consideraron en esta muestra o que no se identificaron casos relevantes.

13.2. Riesgos ambientales que existen en la comunidad (Cuadro N°33 y grafica N°32)

CUADRO No. 33 Puntos de riesgo en la comunidad para el desarrollo de fauna nociva		
FACTOR DE RIESGO	N°	%
ESTABLOS O CHIQUEROS	0	0.00
BASUREROS A CIELO ABIERTO	0	0.00
AGUAS ESTANCADAS	0	0.00
FÁBRICAS O TALLERES	22	100.00
GASOLINERIAS	0	0.00
OTROS	0	0.00
TOTAL	22	100.00



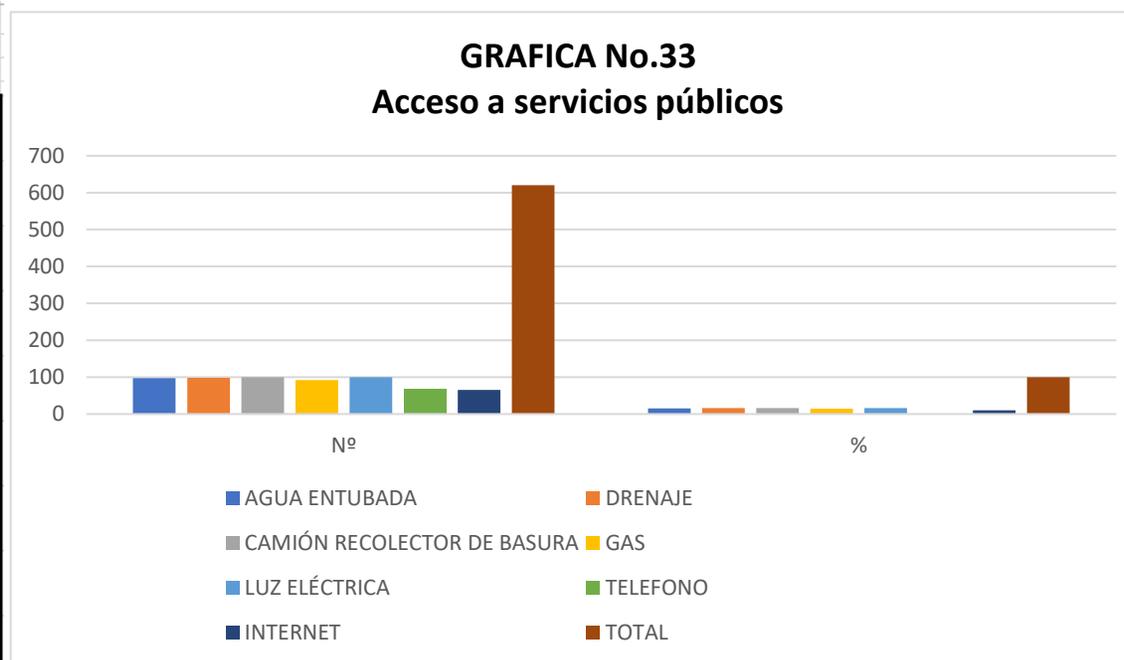
Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Establos o chiqueros, basureros a cielo abierto, aguas estancadas, gasolinerías y otros: No se reportan estos factores de riesgo en la comunidad, lo que podría indicar que la comunidad tiene un buen control sobre estos posibles puntos de desarrollo de fauna nociva.

Fábricas o talleres: La totalidad de los puntos de riesgo identificados en la comunidad son fábricas o talleres (100%). Esto sugiere que estas instalaciones son los principales lugares donde puede desarrollarse fauna nociva. Las fábricas y talleres pueden proporcionar refugio y recursos para diferentes tipos de fauna nociva debido a su infraestructura y posibles residuos industriales.

13.3. Accesos a servicios públicos que tiene la comunidad (Cuadro N°34 y grafica N°33)

CUADRO No. 34		
Acceso a servicios públicos		
SERVICIO	N°	%
AGUA ENTUBADA	37	6.61
DRENAJE	98	17.50
CAMIÓN RECOLECTOR DE BASURA	100	17.86
GAS	92	16.43
LUZ ELÉCTRICA	100	17.86
TELEFONO	68	12.14
INTERNET	65	11.61
TOTAL	560	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Agua entubada: Con un 15.65%, el acceso a agua entubada está disponible para una parte significativa de la comunidad.

Drenaje: Similar al acceso a agua entubada, el 15.81% de la comunidad tiene acceso a sistemas de drenaje, lo que es crucial para el saneamiento y la salud pública.

Camión recolector de basura: Con un 16.13%, este es uno de los servicios más accesibles en la comunidad, indicando una buena gestión de residuos.

Gas: Un 14.84% de la comunidad tiene acceso a suministro de gas, lo cual es importante para la cocción de alimentos y calefacción.

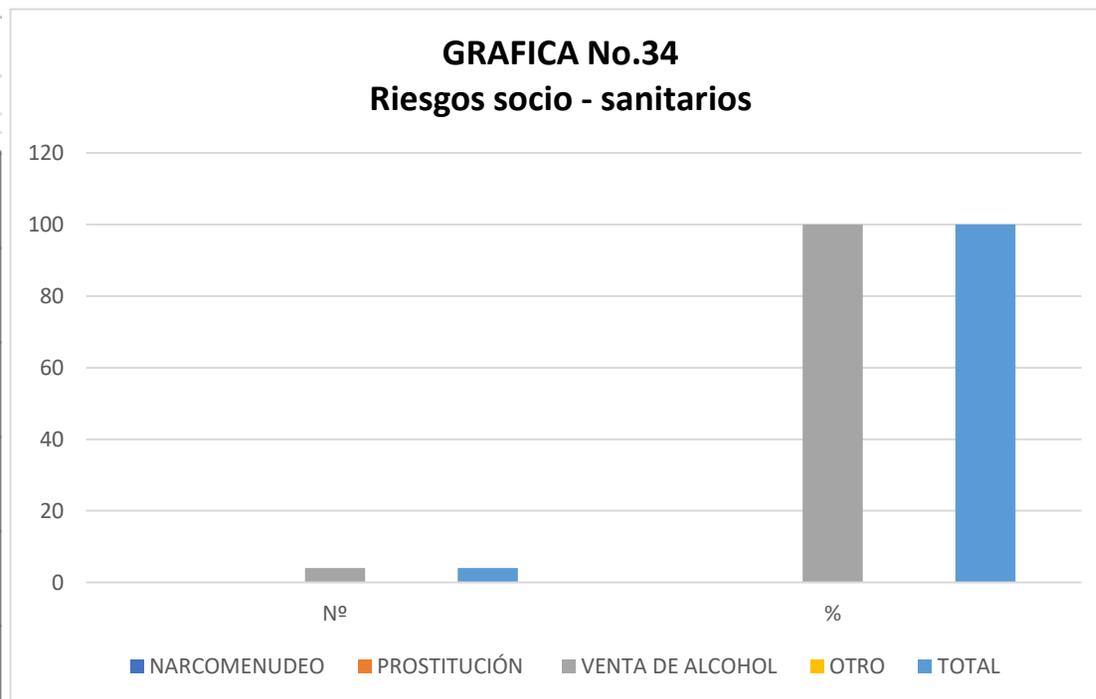
Luz eléctrica: Al igual que el servicio de recolección de basura, el 16.13% de la comunidad tiene acceso a electricidad.

Teléfono: Un 68% de la comunidad cuentan con teléfono

Internet: Con un 10.48%, el acceso a internet es el menos disponible entre los servicios listados, lo cual podría limitar la conectividad y acceso a información y recursos digitales.

13.4. Riesgos socio - sanitarios que tienen la comunidad (Cuadro N°35 y tabla N°34)

CUADRO No. 35		
Riesgos socio - sanitarios		
RIESGO	N°	%
NARCOMENUDEO	0	0.00
PROSTITUCIÓN	0	0.00
VENTA DE ALCOHOL	4	100.00
OTRO	0	0.00
TOTAL	4	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Venta de Alcohol: Es el único riesgo socio-sanitario reportado en la comunidad según esta cédula de diagnóstico. Representa el 100% de los 4 casos identificados, lo cual indica que todos los riesgos reportados están relacionados exclusivamente con la venta de alcohol.

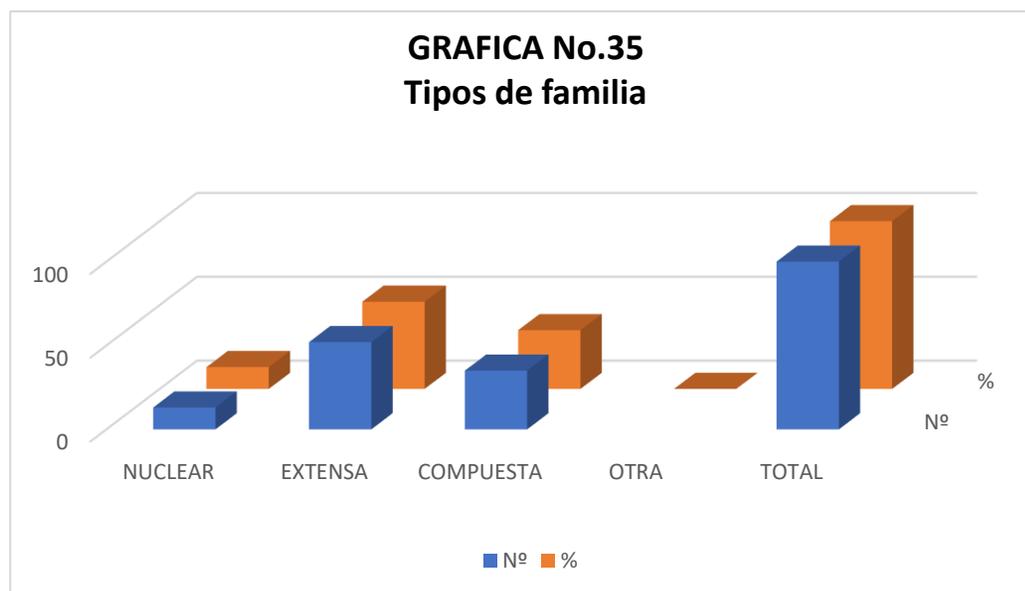
Narcomenudeo y Prostitución: No se reportaron casos de narcomenudeo ni prostitución en la comunidad, según esta cédula de diagnóstico.

Otro: No se especificaron otros tipos de riesgos socio-sanitarios distintos a los mencionados, con un 0.00% reportado en esta categoría.

14. Dinámica familiar

14.1 Tipo de familias registradas entre la población encuestada (Cuadro N°36 y grafica N°35)

TIPO DE FAMILIA	N°	%
NUCLEAR	13	13.00
EXTENSA	52	52.00
COMPUESTA	35	35.00
OTRA		0.00
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Familias Extensas: Las familias extensas constituyen la mayoría en la comunidad con un 52.00% del total.

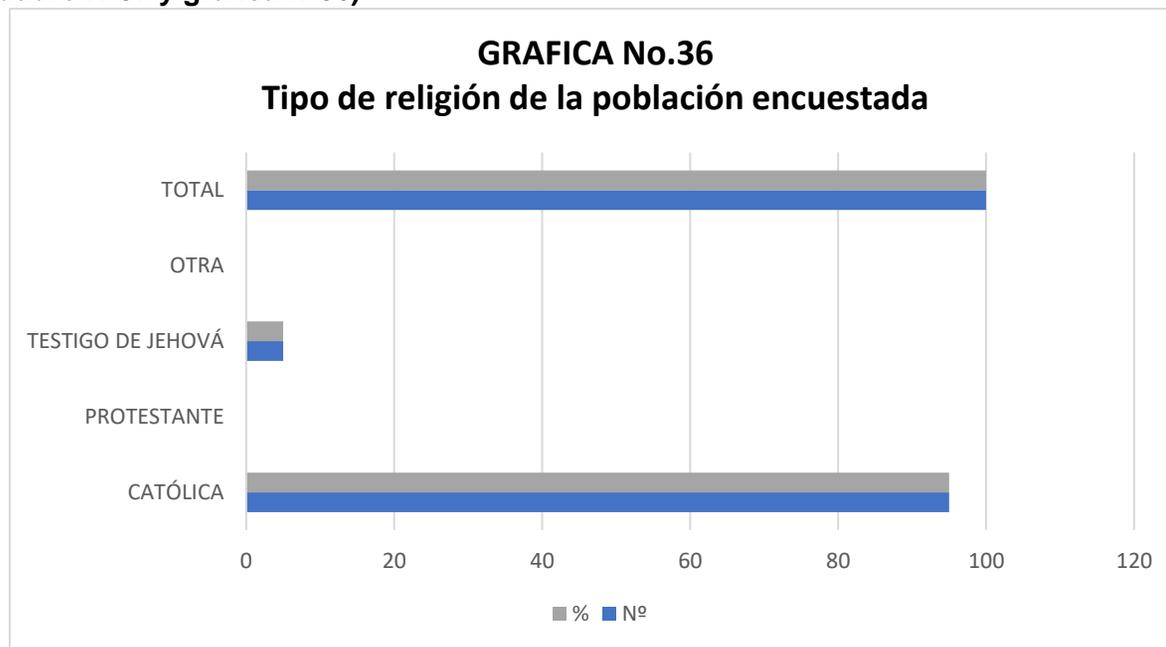
Familias Compuestas: Las familias compuestas representan el 35.00% de las familias en la comunidad.

Familias Nucleares: Las familias nucleares representan el 13.00% del total.

Otras Familias: No se reportaron otros tipos de familias en esta comunidad, lo cual se refleja en un 0.00% en esta categoría.

14.2 Religión que profesan las familias encuestas (Cuadro N°37 y grafica N°36)

CUADRO No. 37		
Tipo de religión de la población encuestada		
RELIGIÓN	N°	%
CATÓLICA	95	95.00
PROTESTANTE		0.00
TESTIGO DE JEHOVÁ	5	5.00
OTRA		0.00
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

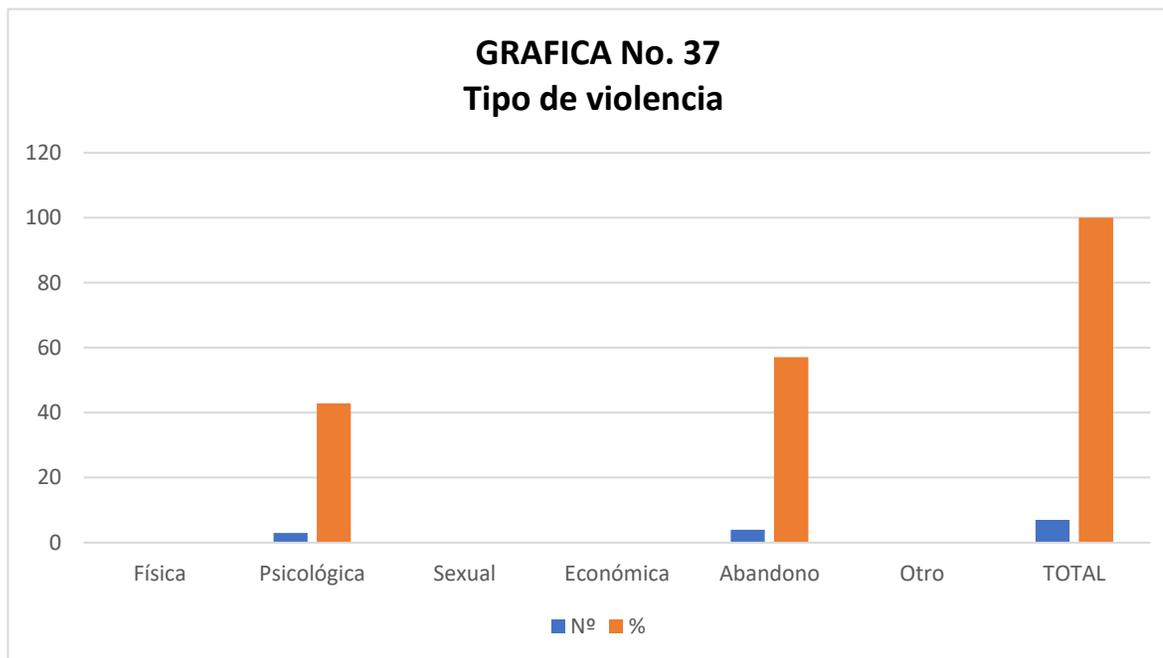
Predominancia de la Religión Católica: La mayoría abrumadora de las familias encuestadas (95%) se identifican como católicas, lo que indica una fuerte predominancia de esta religión en la población estudiada.

Minoría de Testigos de Jehová: Un 5% de las familias se identifican como Testigos de Jehová, lo que representa una pequeña minoría dentro de la comunidad encuestada.

Ausencia de Protestantismo y Otras Religiones: No se reportan familias que se identifiquen como protestantes u otras religiones, lo que podría indicar una falta de diversidad religiosa significativa en la muestra.

14.3 Tipo de violencia familiar que sufren algunos integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°38 y grafica N°37)

CUADRO No. 38 Tipo de violencia		
TIPO	Nº	%
Física	0	0.00
Psicológica	3	42.86
Sexual	0	0.00
Económica	0	0.00
Abandono	4	57.14
Otro	0	0.00
TOTAL	7	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Violencia Física, Sexual y Económica: No se reportan casos de violencia física, sexual o económica entre los integrantes de las familias encuestadas, lo que indica una ausencia total de estos tipos de violencia en el muestreo realizado.

Violencia Psicológica: La violencia psicológica es el segundo tipo de violencia más reportado, con un 42.86% de los 3 casos, lo que sugiere que casi la mitad de los casos de violencia en las familias es de naturaleza psicológica.

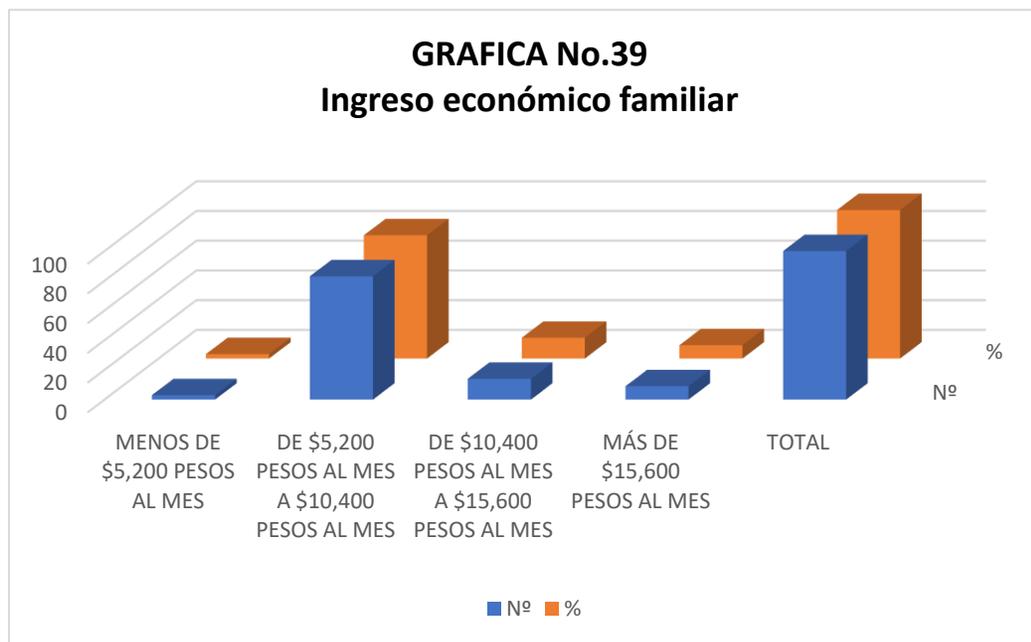
Abandono: El abandono es el tipo de violencia más comúnmente reportado, representando el 57.14% de los 4 casos. Esto muestra que más de la mitad de los incidentes de violencia familiar en la muestra se deben al abandono.

Otros Tipos de Violencia: No se registraron casos en la categoría "Otro," lo que indica que no hubo incidentes de violencia que no encajaran en las categorías específicas mencionadas.

14.4 Ingreso económico de las familias encuestadas (Cuadro N°39 y grafica N°38)

CUADRO No. 39
Ingreso económico familiar

Ingreso	Nº	%
MENOS DE \$5,200 PESOS AL MES	3	3.00
DE \$5,200 PESOS AL MES A \$10,400 PESOS AL MES	83	83.00
DE \$10,400 PESOS AL MES A \$15,600 PESOS AL MES	14	14.00
MÁS DE \$15,600 PESOS AL MES	9	9.00
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Distribución de Ingresos: La mayoría de las familias encuestadas (83%) tienen un ingreso mensual entre \$5,200 y \$10,400 pesos. Esto sugiere que la mayoría de la población encuestada se encuentra en un rango de ingresos medio-bajo.

Ingresos Bajos: Un 3% de las familias ganan menos de \$5,200 pesos al mes, lo que indica un pequeño grupo de familias con ingresos muy bajos.

Ingresos Medios: Un 14% de las familias tienen ingresos mensuales entre \$10,400 y \$15,600 pesos, ubicándolas en un rango de ingresos medios.

Ingresos Altos: El 9% de las familias ganan más de \$15,600 pesos al mes, lo que sugiere que una minoría tiene ingresos relativamente altos.

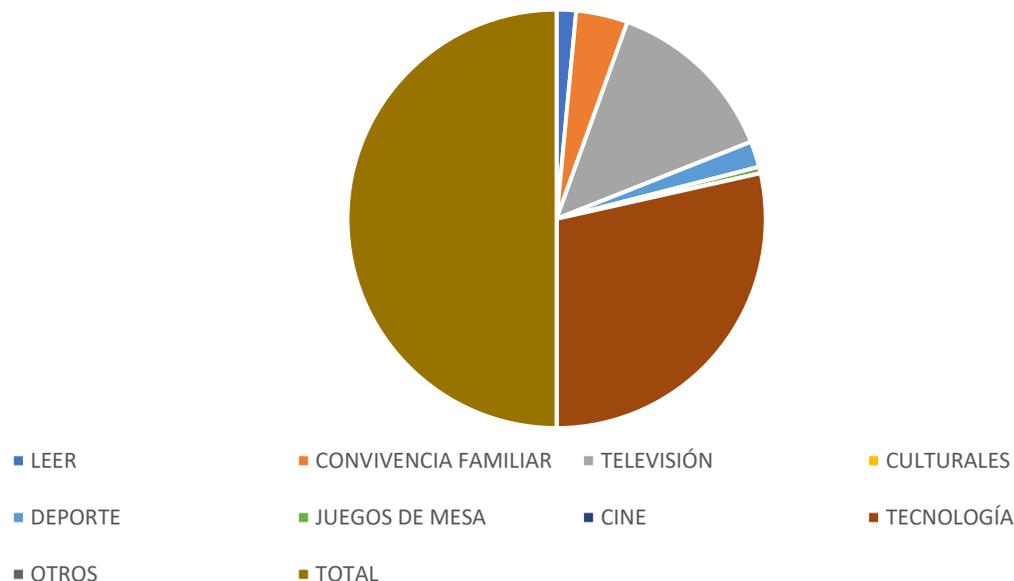
14.5 Los integrantes de las familias encuestadas tienen tiempo para la recreación (Cuadro N°40 y grafica N°39)

CUADRO No. 40		
Tipo de recreación de la población encuestada		
JUEGO Y RECREACIÓN	No.	%
LEER	3	3.00
CONVIVENCIA FAMILIAR	8	8.00
TELEVISIÓN	27	27.00
CULTURALES	0	0.00
DEPORTE	4	4.00
JUEGOS DE MESA	1	1.00
CINE	0	0.00
TECNOLOGÍA	57	57.00
OTROS	0	0.00
TOTAL	100	100.00

TIENE TIEMPO PARA LA RECREACIÓN	No.	%
SI	89	89.00
NO	11	11.00
TOTAL	100	100

Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

GRAFICA No.40
Tipo de recreación de la población encuestada



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Uso de la Tecnología: La recreación más popular entre la población encuestada es el uso de tecnología, con un 57% de los encuestados prefiriendo esta actividad

Televisión: La segunda actividad recreativa más común es ver televisión, con un 27% de preferencia.

Convivencia Familiar: Un 8% de la población prefiere la convivencia familiar como forma de recreación.

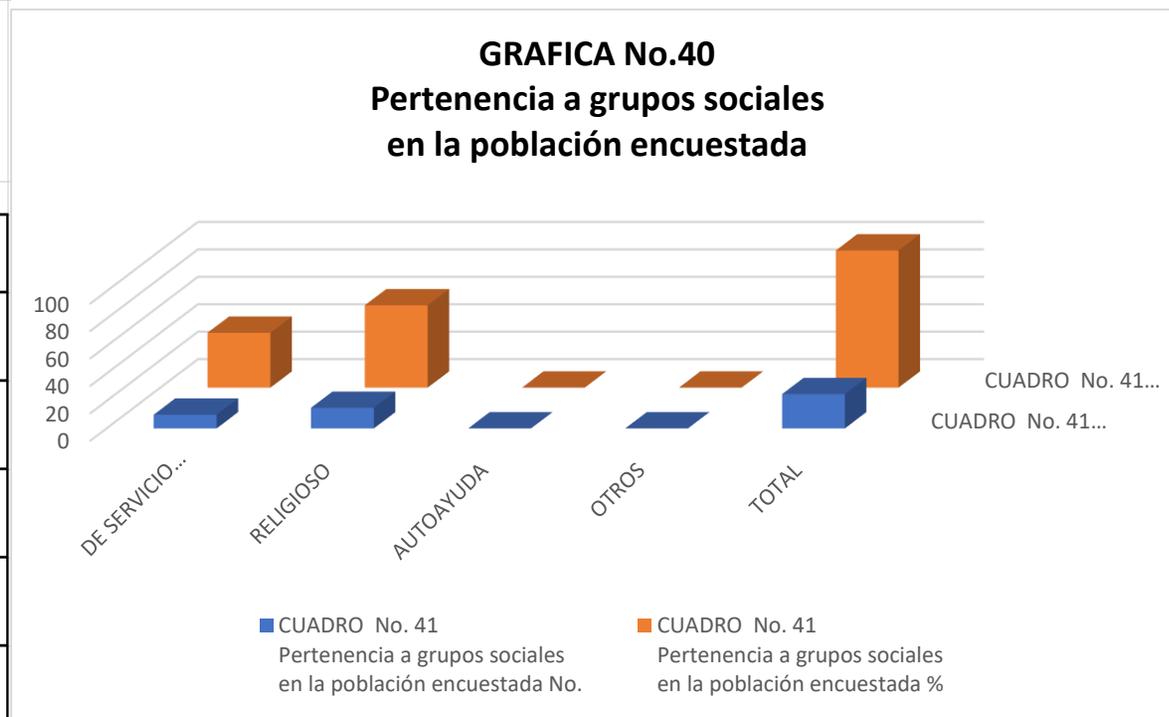
Baja Participación en Actividades Físicas y Culturales: Actividades como el deporte (4%) y los juegos de mesa (1%) tienen una baja preferencia, y no hay participación en actividades culturales o cine.

Lectura: Solo un 3% de los encuestados dedica su tiempo libre a la lectura, lo que podría indicar una baja inclinación hacia esta actividad.

Ausencia de Otras Actividades: No se reportan casos en las categorías "Culturales," "Cine," y "Otros," lo que sugiere una falta de diversificación en las actividades recreativas preferidas.

14.6 Los integrantes de las familias participan en algunos grupos sociales (Cuadro N°41 y grafica N°40)

CUADRO No. 41 Pertenenencia a grupos sociales en la población encuestada		
ORGANIZACIÓN	No.	%
DE SERVICIO COMUNITARIO	10	40.00
RELIGIOSO	15	60.00
AUTOAYUDA	0	0.00
OTROS	0	0.00
TOTAL	25	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Participación en Grupos Religiosos: La mayoría de las personas (60%) que participan en algún grupo social pertenecen a grupos religiosos. Esto refleja una alta participación en actividades religiosas dentro de la comunidad.

Servicio Comunitario: Un 40% de la población participa en organizaciones de servicio comunitario. Esto indica una buena participación en actividades de apoyo y servicio a la comunidad.

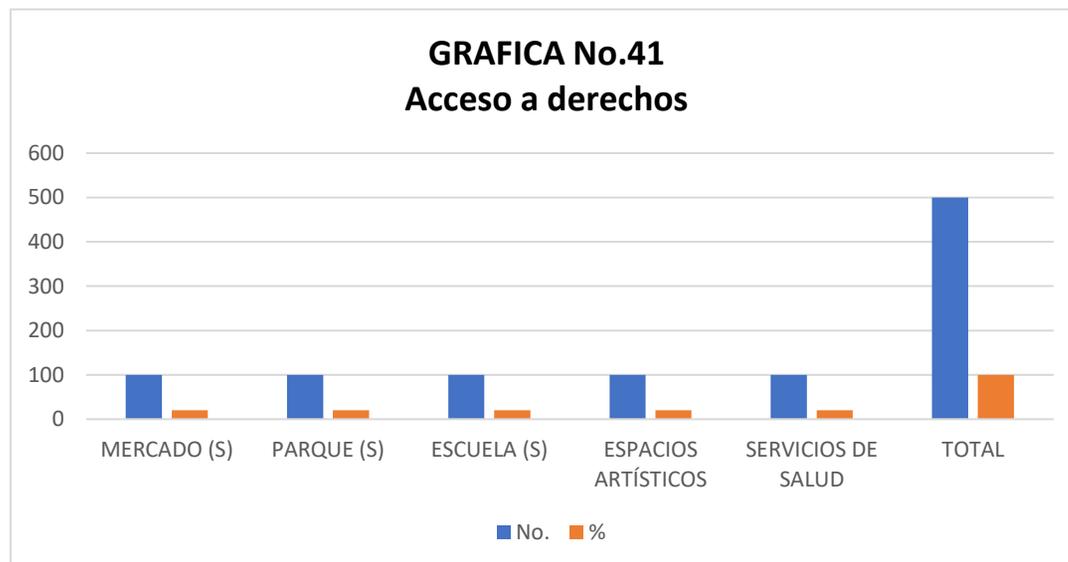
Ausencia de Participación en Grupos de Autoayuda y Otros: No se reporta participación en grupos de autoayuda ni en otras categorías de grupos sociales, lo que puede indicar una falta de estos tipos de grupos o una baja necesidad percibida de participación en ellos.

15. Asistencia al Centro de Salud

15.1. Acceso a derechos que tienen las familias encuestadas

CUADRO No. 42
Acceso a derechos

ORGANIZACIÓN	No.	%
MERCADO (S)	100	20.00
PARQUE (S)	100	20.00
ESCUELA (S)	100	20.00
ESPACIOS ARTÍSTICOS	100	20.00
SERVICIOS DE SALUD	100	20.00
TOTAL	500	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Todas las categorías de organizaciones (Mercado, Parque, Escuela, Espacios Artísticos y Servicios de Salud) tienen el mismo número de familias accediendo a ellas (100 familias cada una).

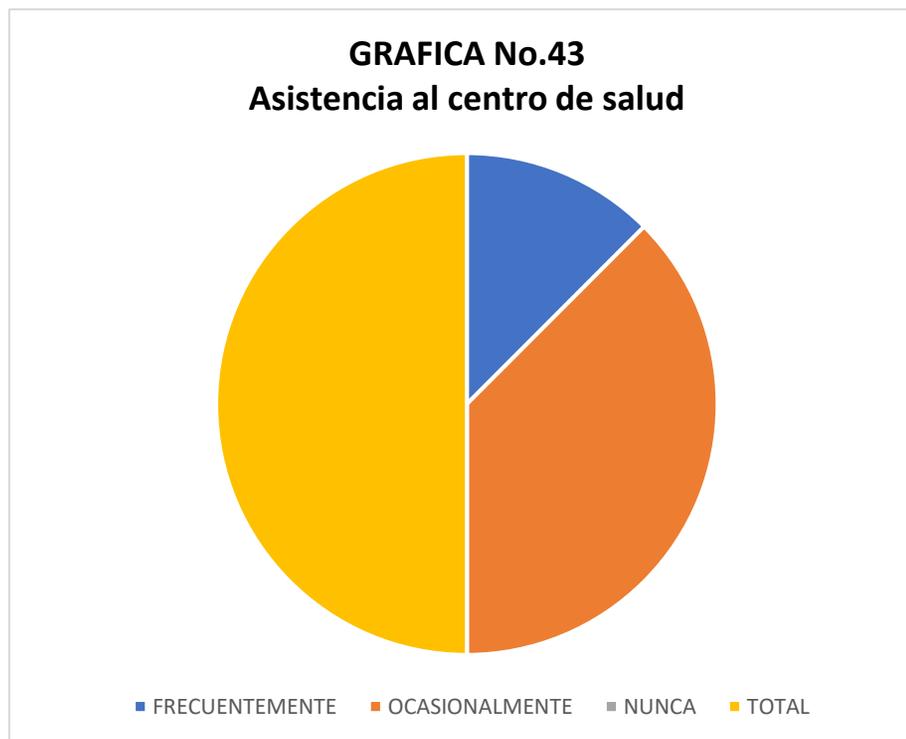
Esto indica que no hay una organización que sobresalga en términos de mayor acceso por parte de las familias, lo cual sugiere una distribución equitativa en el uso de estos servicios y espacios.

15.2. Frecuencia en la que acuden al servicio de salud los integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°43 y grafica N°42)

CUADRO No. 43
Asistencia al centro de salud

FRECUENCIA	FAMILIAS	
	N°	%
FRECUENTEMENTE	25	25.00
OCASIONALMENTE	75	75.00
NUNCA	0	0.00
TOTAL	100	100.00

GRAFICA No.43
Asistencia al centro de salud



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Frecuentemente: Solo el 25% de las familias encuestadas visitan el centro de salud con regularidad.

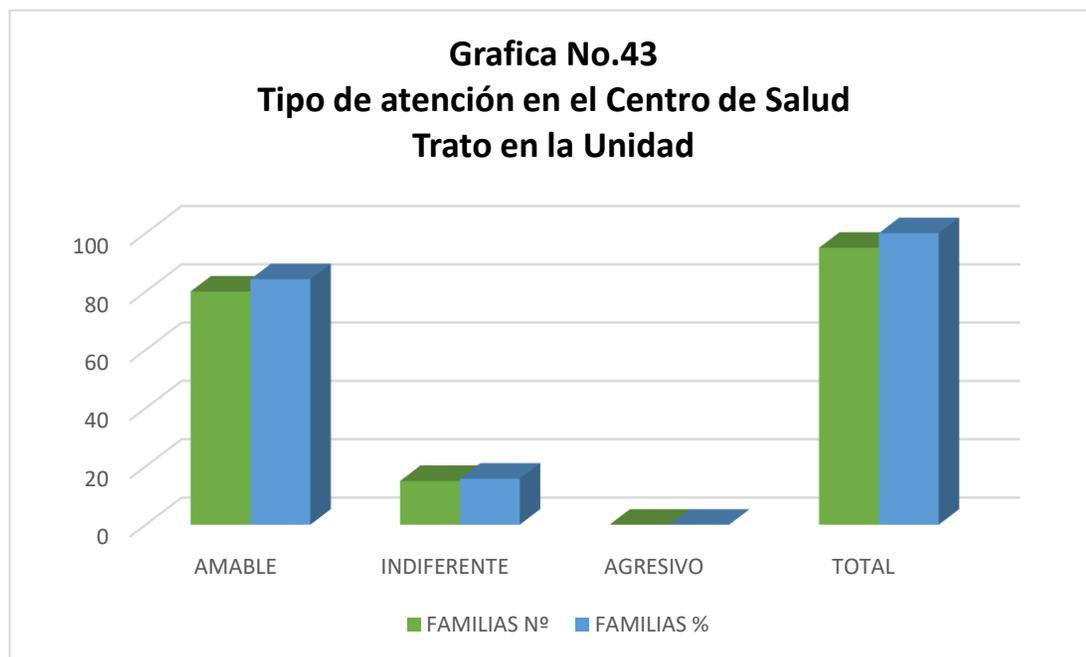
Ocasionalmente: La mayoría de las familias, el 75%, asisten al centro de salud de manera ocasional

Ninguna: familia reporta nunca haber asistido al centro de salud, lo que es positivo, ya que indica que todas han tenido algún tipo de interacción con los servicios de salud.

15.3. Trato que han recibido la familia al asistir al centro de salud (Cuadro N°44 y grafica N°43)

CUADRO No. 44
Tipo de atención en el Centro de Salud
Trato en la Unidad

TRATO	FAMILIAS	
	N°	%
AMABLE	80	80.00
INDIFERENTE	15	15.00
AGRESIVO	5	5.00
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Amable: La mayoría de las familias, un 80%, reporta haber recibido un trato amable en el centro de salud. Este es un indicador positivo de la calidad del servicio y de la satisfacción de los usuarios.

Indiferente: Un 15% de las familias reporta haber recibido un trato indiferente. Aunque este porcentaje es menor, es importante abordar este aspecto para mejorar la percepción y experiencia de todas las familias.

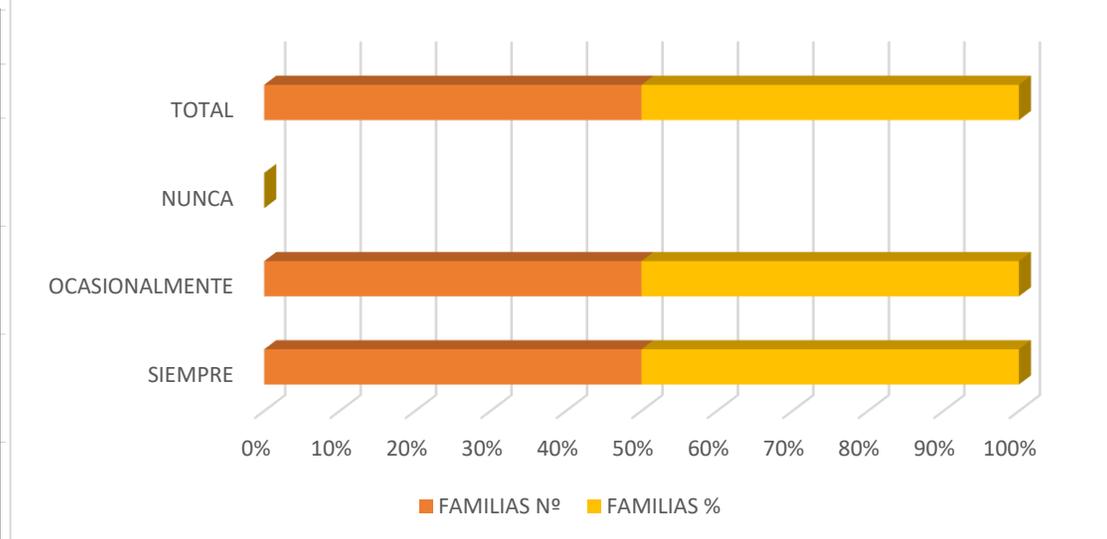
Agresivo: Un 5% de las familias ha experimentado un trato agresivo. Este es un aspecto preocupante que requiere atención inmediata para asegurar que el ambiente del centro de salud sea siempre respetuoso y profesional.

15.4. Cuando solicita el servicio, le solucionan el motivo por el cual asistió al centro de salud (Cuadro N°45 y grafica N°44)

CUADRO No. 45
Tipo de Atención en el Centro de Salud
Resolución de Problemas en la Unidad

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	FAMILIAS	
	N°	%
SIEMPRE	94	94.00
OCASIONALMENTE	6	6.00
NUNCA	0	0.00
TOTAL	100	100.00

GRAFICA No.44
Tipo de Atención en el Centro de Salud
Resolución de Problemas en la Unidad



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Siempre: La gran mayoría, el 94% de las familias, reporta que sus problemas siempre son resueltos al asistir al centro de salud.

Ocasionalmente: Un 6% de las familias indica que sus problemas son resueltos de manera ocasional.

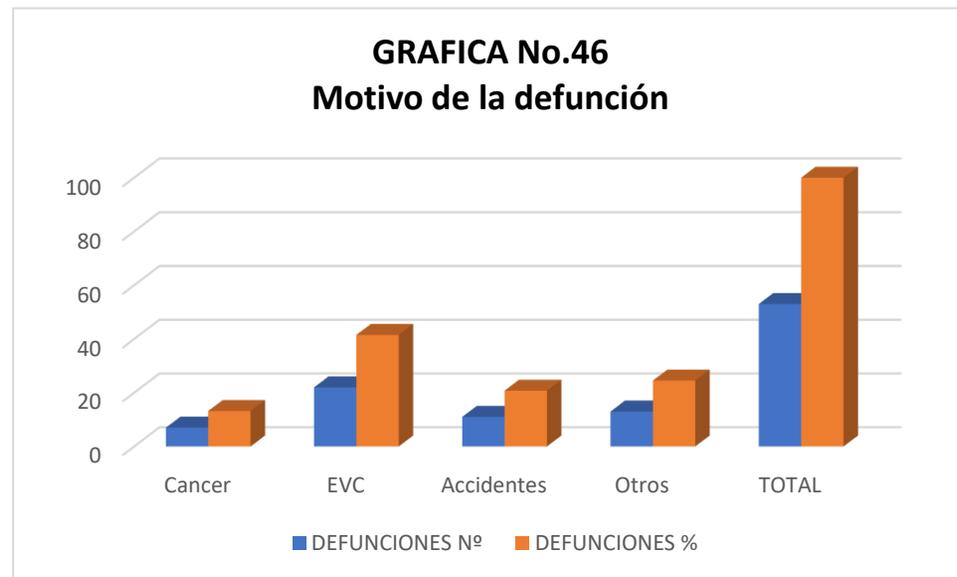
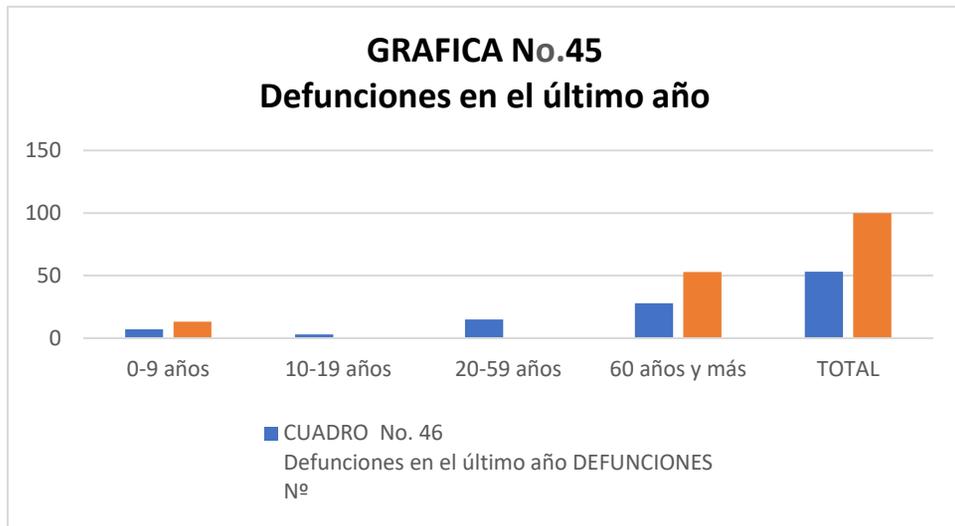
Nunca: Ninguna familia reporta que sus problemas nunca sean resueltos.

15.5. Principales causas de mortalidad reportadas por las familias encuestadas (Cuadro N°46 y grafica N°45 N°46)

CUADRO No. 46
Defunciones en el último año

Rangos de edades	DEFUNCIONES	
	N°	%
0-9 años	7	13.21
10-19 años	3	
20-59 años	15	
60 años y más	28	52.83
TOTAL	53	100.00
Motivo de la defunción	DEFUNCIONES	
	N°	%
Cancer	7	13.21
EVC	22	41.51
Accidentes	11	20.75
Otros	13	24.53
TOTAL	53	100.00

Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tiáhuac. 2023-2024.



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

EVC (Enfermedad Vascul ar Cerebral) es la principal causa de defunción, representando el 41.51% del total. Esto sugiere una alta prevalencia de problemas cardiovasculares en la población.

Accidentes son la segunda causa más común de muerte (20.75%), lo que indica un área crítica para intervenciones de salud pública y seguridad.

Otros motivos de defunción representan el 24.53%, indicando una diversidad de otras causas que también requieren atención.

La mayor parte de las defunciones ocurrió en el grupo de *60 años y más* (52.83%). Esto es esperable dado que la mortalidad generalmente aumenta con la edad.

El grupo de *20-59 años* representa el 28.30% de las defunciones, lo que sugiere una considerable cantidad de muertes en personas en edad productiva.

Los grupos de *0-9 años* y *10-19 años* tienen menos defunciones (13.21% y 5.66%, respectivamente), lo cual es positivo, aunque cada muerte en estas edades es una pérdida significativa.

Cáncer es responsable del 13.21% de las defunciones, destacando la necesidad de programas de detección temprana y tratamiento efectivo.

16. Acceso a los servicios para la promoción de la salud, prevención y padecimientos presentados

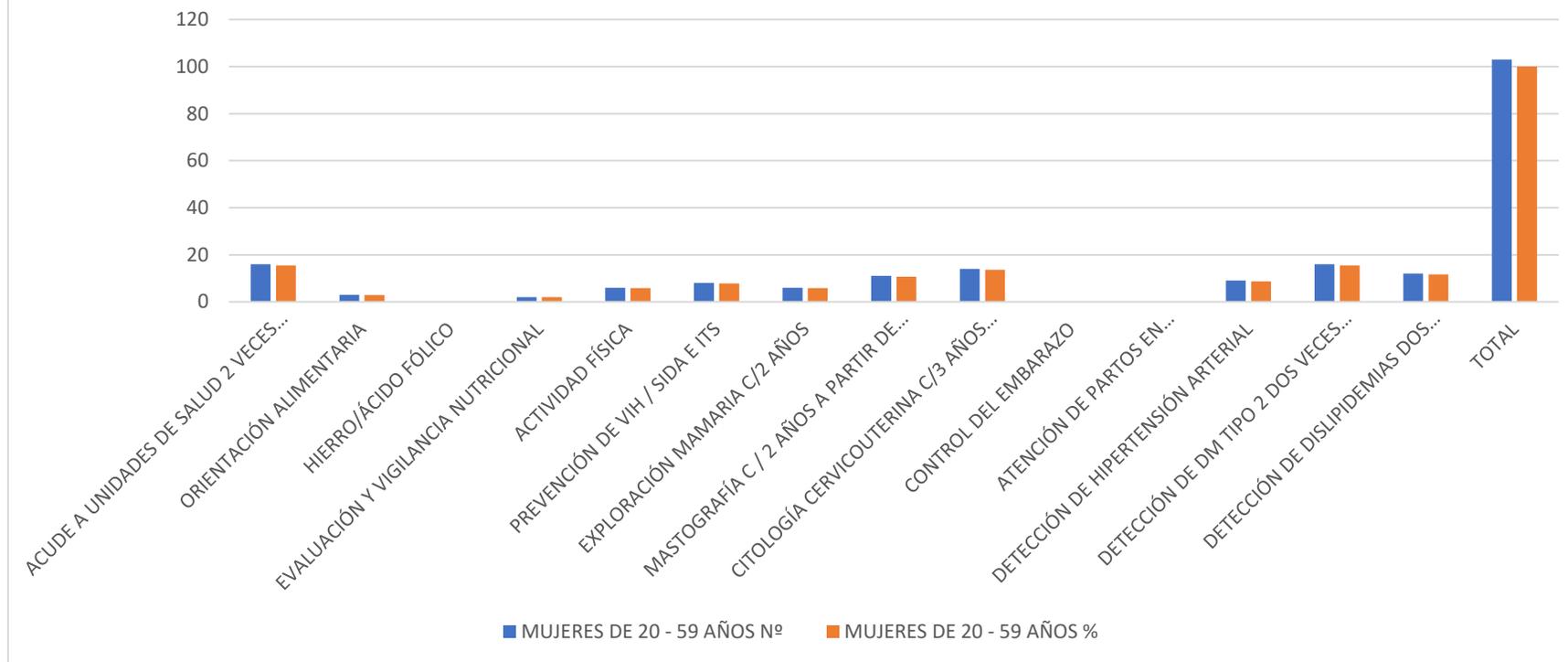
16.1. Servicios que recibieron las mujeres de 20 a 59 años integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°50 y grafica N°47)

CUADRO No. 50 Servicios recibidos a la población de mujeres 20-59 años.

ATENCIÓN RECIBIDA	MUJERES DE 20 - 59 AÑOS	
	N°	%
ACUDE A UNIDADES DE SALUD 2 VECES AL AÑO	34	53.13
ORIENTACIÓN ALIMENTARIA	5	7.81
HIERRO/ÁCIDO FÓLICO	4	6.25
EVALUACIÓN Y VIGILANCIA NUTRICIONAL	2	3.13
ACTIVIDAD FÍSICA	11	17.19
PREVENCIÓN DE VIH / SIDA E ITS	8	12.50
EXPLORACIÓN MAMARIA C/2 AÑOS	6	9.38
MASTOGRAFÍA C/2 AÑOS A PARTIR DE LOS 40 AÑOS	11	17.19
CITOLOGÍA CERVICOUTERINA C/3 AÑOS DESPUES DE LOS 25 AÑOS	7	10.94
CONTROL DEL EMBARAZO	0	0.00
ATENCIÓN DE PARTOS EN HOSPITAL/CLÍNICA	0	0.00
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	13	20.31
DETECCIÓN DE DM TIPO 2 DOS VECES AL AÑO	34	53.13
DETECCIÓN DE DISLIPIDEMIAS DOS VECES AL AÑO	18	28.13
TOTAL	64	100.00

Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

GRAFICA No.47
Servicios recibidos a la población de mujeres 20-59 años.



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

La categoría más frecuente es "Acude a unidades de salud 2 veces al año" y "Detección de DM tipo 2 dos veces al año" con un 53.13% cada una, lo que indica que la mayoría de las mujeres en el rango de edad mencionado asisten regularmente a revisiones de salud y chequeos de diabetes tipo 2.

Las actividades relacionadas con la salud nutricional y prevención de enfermedades como orientación alimentaria, suplementación con hierro y ácido fólico, y evaluación nutricional presentan frecuencias menores, indicando una posible área de mejora en la educación y seguimiento nutricional.

La "Actividad física" y la "Mastografía cada 2 años" tienen una participación significativa del 17.19% cada una, mostrando interés en la prevención de enfermedades mediante la detección temprana y el ejercicio regular.

"Prevención de VIH y SIDA" y "Citología cervical uterina" también tienen porcentajes notables, con 12.50% y 10.94%, respectivamente, lo que resalta la importancia de la prevención y detección temprana de enfermedades infecciosas y cáncer cervical.

"Control del embarazo" y "Atención de partos en hospital/clínica" no presentan datos, posiblemente indicando que en la muestra no había mujeres embarazadas o que no se incluyó esa información.

La "Detección de hipertensión arterial" tiene un 20.31%, lo que subraya la importancia de monitorear la presión arterial como medida preventiva.

La "Detección de dislipidemias dos veces al año" tiene una frecuencia de 28.13%, lo que refleja una atención considerable a la detección de problemas relacionados con el colesterol y los lípidos.

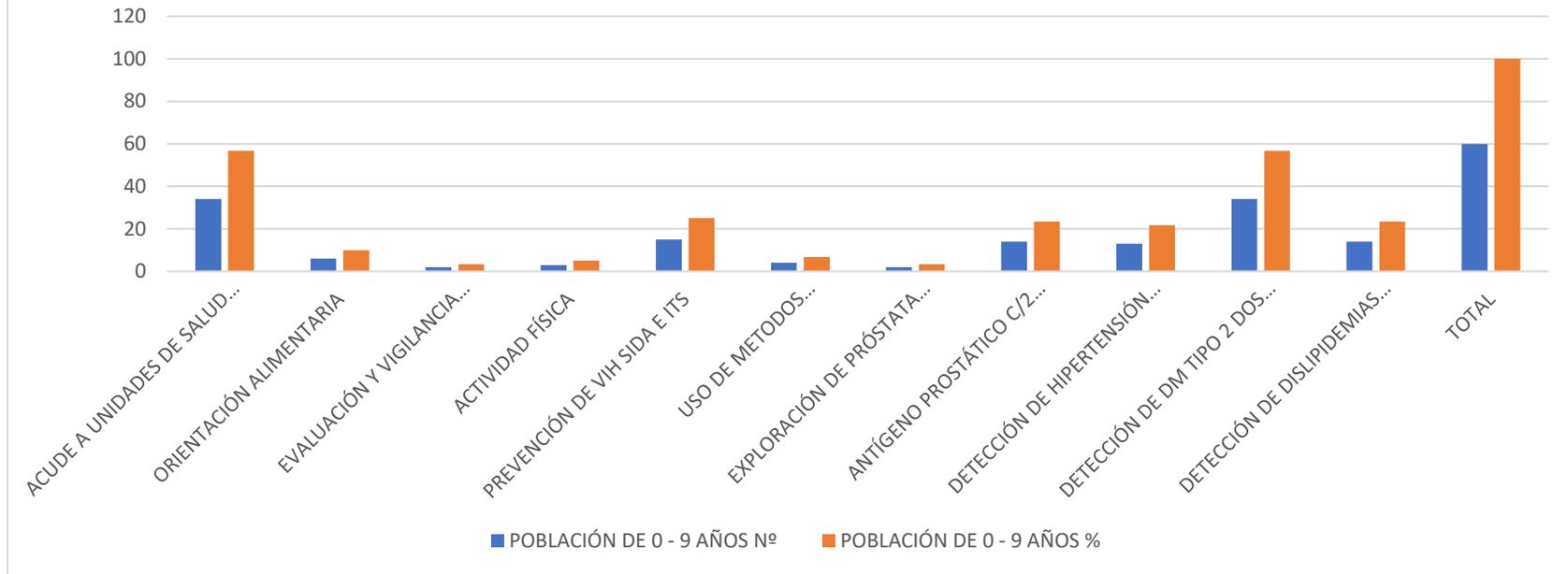
16.2. Servicios que recibieron los hombres de 20 a 59 años integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°51 y grafica N°48)

CUADRO No. 51 Servicios recibidos a la población de hombres 20-59 años.

ATENCIÓN RECIBIDA	POBLACIÓN DE 20 - 59 AÑOS	
	N°	%
ACUDE A UNIDADES DE SALUD 2 VECES AL AÑO	34	24.11
ORIENTACIÓN ALIMENTARIA	6	4.26
EVALUACIÓN Y VIGILANCIA NUTRICIONAL	2	1.42
ACTIVIDAD FÍSICA	3	2.13
PREVENCIÓN DE VIH SIDA E ITS	15	10.64
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	4	2.84
EXPLORACIÓN DE PRÓSTATA C/2 AÑOS DESPUES DE LOS 40 AÑOS	2	1.42
ANTÍGENO PROSTÁTICO C/2 AÑOS DESPUES DE LOS 40 AÑOS	14	9.93
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	13	9.22
DETECCIÓN DE DM TIPO 2 DOS VECES AL AÑO	34	24.11
DETECCIÓN DE DISLIPIDEMIAS DOS VECES AL AÑO	14	9.93
TOTAL	141	100.00

Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

GRAFICA No.48
Servicios recibidos a la población de hombres 20-59 años.



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Frecuencia de visitas a unidades de salud: La mayoría de los hombres (56.67%) acude a unidades de salud al menos dos veces al año, lo cual es un buen indicador de atención médica regular.

Orientación alimentaria y vigilancia nutricional: Los porcentajes son relativamente bajos (10.00% y 3.33%, respectivamente), lo que podría indicar una necesidad de más promoción y accesibilidad a estos servicios.

Actividad física: Sólo el 5.00% de los hombres reportan recibir este servicio, lo cual es preocupante dado los beneficios conocidos de la actividad física para la salud.

Prevención de VIH/SIDA e ITS: Un 30.00% recibe servicios de prevención, un buen porcentaje pero que aún tiene margen para mejorar.

Exploración de próstata y antígeno prostático: Los porcentajes son bajos (3.33% y 23.33%, respectivamente) para estos importantes exámenes de detección en hombres mayores de 40 años.

Detección de hipertensión y DM tipo 2: Estos servicios tienen un porcentaje bastante alto (21.67% y 56.67%, respectivamente), lo cual es positivo, dado que son condiciones comunes y serias.

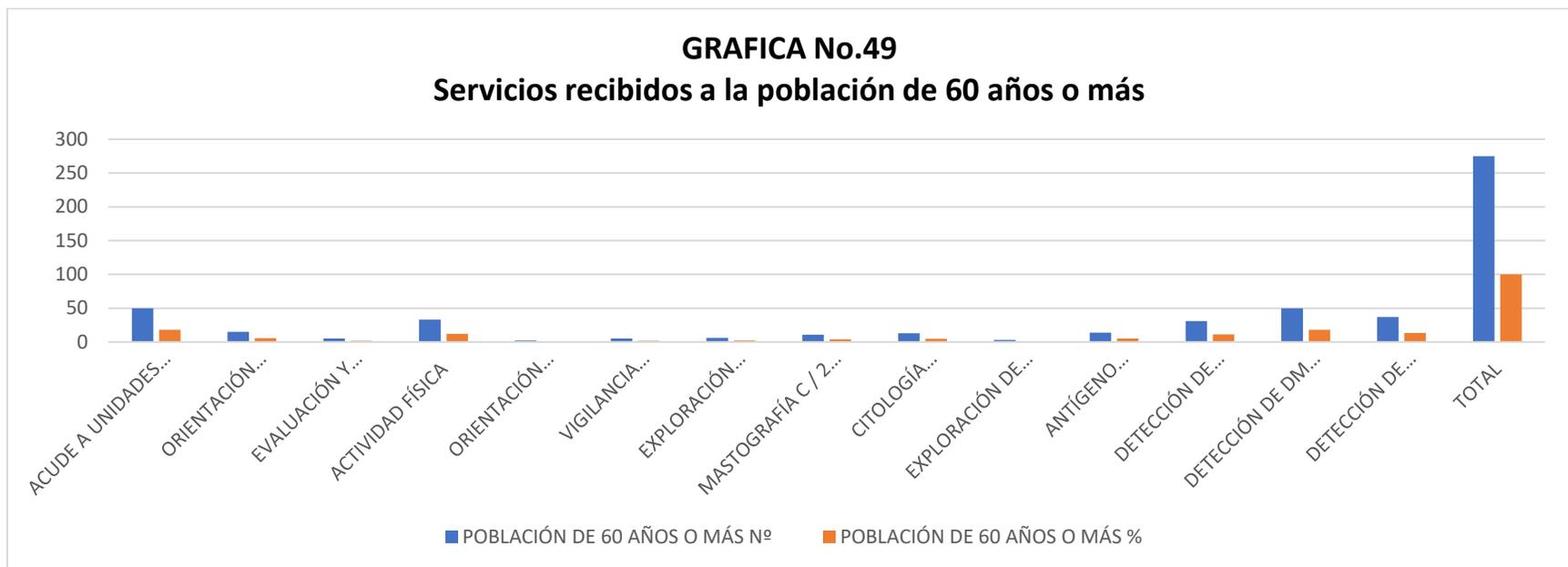
Detección de dislipidemias: Con un 23.33%, este es un buen porcentaje, pero también se podría mejorar.

16.3. Servicios que recibieron integrantes de 60 y más años de las familias encuestadas (Cuadro N°52 y grafica N°49)

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

ATENCIÓN RECIBIDA	POBLACION DE 60 AÑOS O MÁS	
	N°	%
ACUDE A UNIDADES DE SALUD 2 VECES AL AÑO	50	18.18
ORIENTACIÓN ALIMENTARIA	15	5.45
EVALUACIÓN Y VIGILANCIA NUTRICIONAL	5	1.82
ACTIVIDAD FÍSICA	33	12.00
ORIENTACIÓN MENOPAUSIA Y ANDROPUSIA	2	0.73
VIGILANCIA NUTRICIONAL	5	1.82
EXPLORACIÓN MAMARIA C/2 AÑOS	6	2.18
MASTOGRAFÍA C/ 2 AÑOS A PARTIR DE LOS 48 AÑOS	11	4.00
CITOLOGÍA CERVICOUTERINA C/3 AÑOS DESPUES DE LOS 25 AÑOS	13	4.73
EXPLORACIÓN DE PRÓSTATA C/2 AÑOS DESPUES DE LOS 40 AÑOS	3	1.09
ANTÍGENO PROSTÁTICO C/2 AÑOS DESPUES DE LOS 40 AÑOS	14	5.09
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	31	11.27
DETECCIÓN DE DM TIPO 2 DOS VECES AL AÑO	50	18.18
DETECCIÓN DE DISLIPIDEMIAS DOS VECES AL AÑO	37	13.45
TOTAL	275	100.00

Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Frecuencia de Servicios: Los servicios más frecuentemente recibidos son la atención en unidades de salud dos veces al año y la detección de diabetes mellitus cada 3 años, ambos con un 18.18% de los encuestados.

Servicios de Menor Frecuencia: La exploración de próstata cada 2 años después de los 40 años es el servicio menos recibido, con solo un 1.09%.

Servicios Preventivos: La detección de hipertensión arterial y dislipidemias son también servicios con una alta prevalencia, lo que sugiere una atención significativa en la prevención de enfermedades crónicas.

Atención a la Salud de la Mujer: La exploración mamaria y la citología cervical uterina presentan porcentajes relativamente bajos (2.18% y 4.73% respectivamente), lo cual podría indicar un área de oportunidad para mejorar la atención preventiva en mujeres mayores.

16.4. Tipos de adicciones que tienen algunos de los integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°53 y grafica N°50)

CUADRO No. 53		
Tipo de Adicciones		
ADICCIONES	No.	%
TABAQUISMO	17	17.00
ALCOHOLISMO	21	21.00
OTRAS DROGAS	0	0.00
TELEVISIÓN/VIDEOJUEGOS	8	8.00
REFRESCOS/COMIDA ULTRAPROCESADA	23	23.00
NINGUNA	31	31.00
TOTAL	100	100.00



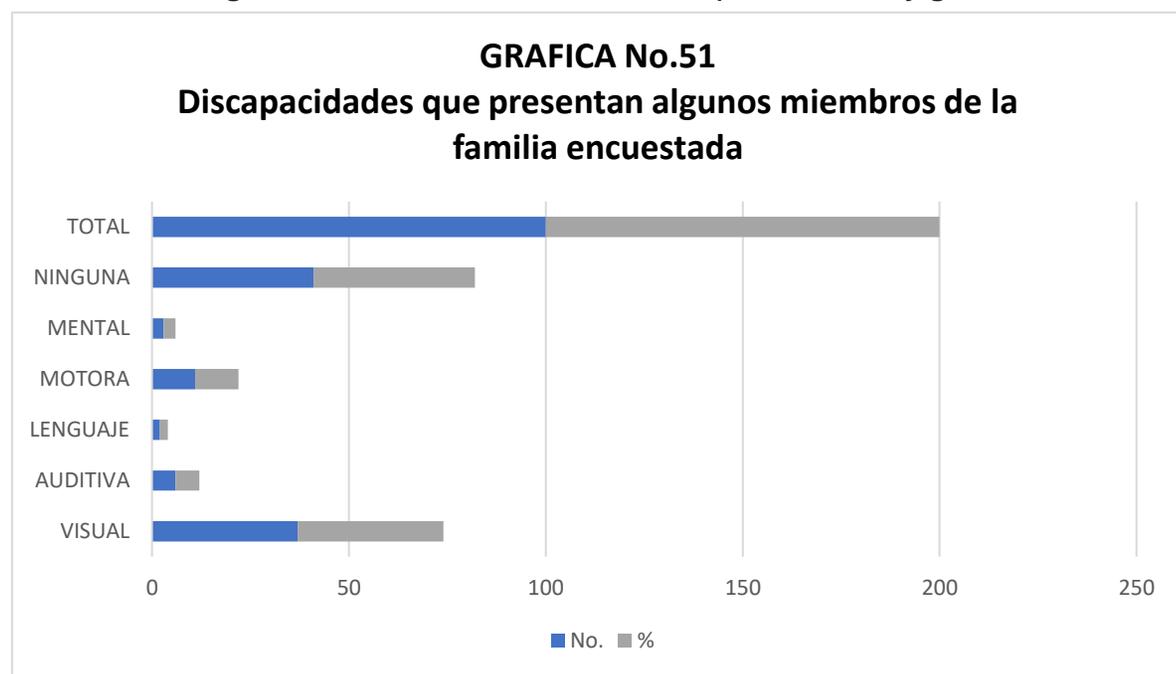
Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.MJU-

La adicción más común es a los refrescos/comida ultraprocesada con un 23%.
 La segunda adicción más común es el alcoholismo con un 21%.
 El tabaquismo ocupa el tercer lugar con un 17%.
 La adicción a la televisión o videojuegos es menos común con un 8%.
 Ningún individuo reportó adicción a otras drogas.
 Un porcentaje significativo, el 31%, no tiene ninguna adicción.

16.5. Tipos de discapacidad que presentan algunos de los integrantes de las familias encuestadas (Cuadro N°54 y grafica N°51)

CUADRO No. 54 Discapacidades que presentan algunos miembros de la familia encuestada

DISCAPACIDAD	No.	%
VISUAL	37	37.00
AUDITIVA	6	6.00
LENGUAJE	2	2.00
MOTORA	11	11.00
MENTAL	3	3.00
NINGUNA	41	41.00
TOTAL	100	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

La discapacidad más común es la visual, con un 37%.

La segunda discapacidad más común es la motora, con un 11%.

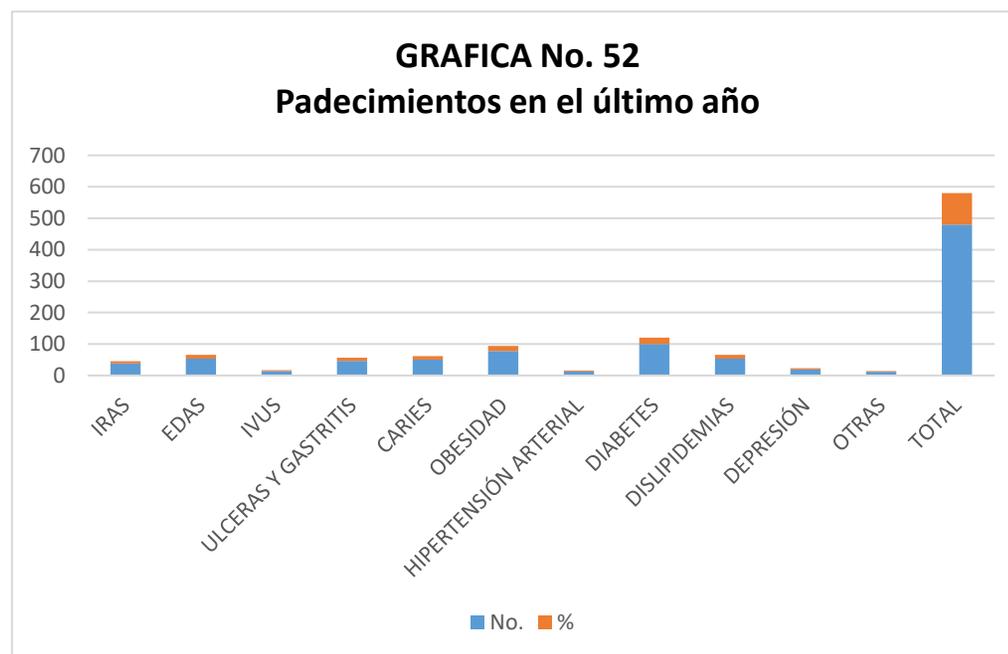
Las discapacidades auditivas y mentales son menos comunes, con un 6% y 3% respectivamente.

La discapacidad relacionada con el lenguaje es la menos común, con un 2%.

Un porcentaje significativo, el 41%, no tiene ninguna discapacidad.

16.6. Las 10 Principales causas de morbilidad de la población en último año (Cuadro N°55 y grafica N°52)

CUADRO No. 55 Padecimientos en el último año		
DISCAPACIDAD	No.	%
IRAS	38	7.92
EDAS	54	11.25
IVUS	14	2.92
ULCERAS Y GASTRITIS	47	9.79
CARIES	51	10.63
OBESIDAD	78	16.25
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	13	2.71
DIABETES	100	20.83
DISLIPIDEMIAS	54	11.25
DEPRESIÓN	19	3.96
OTRAS	12	2.50
TOTAL	480	100.00



Fuente: Cédula de diagnóstico de salud AGEB 037, 036, 045, San José, Tláhuac. 2023-2024.

Diabetes: Con 100 casos, representa el 20.83% del total, lo que la convierte en la enfermedad más prevalente en la tabla.

Obesidad: Con 78 casos, representa el 16.25%, también es una condición muy significativa.

EDAS y Dislipidemias: Ambas tienen 54 casos, representando el 11.25% cada una.

Caries: Con 51 casos, representa el 10.63%.

Úlceras y Gastritis*: 47 casos (9.79%).

IRAS: 38 casos (7.92%).

Depresión: 19 casos (3.96%).

IVUS: 14 casos (2.92%).

Hipertensión Arterial: 13 casos (2.71%).

Otras: 12 casos (2.50%).

17. Análisis de resultados

Pirámide Poblacional

- Número de cédulas: 100 en los AGEB 037, 036 y 045
- Distribución de género: 34% masculinos y 66% femeninos.
- Edad promedio: 31 años.
- Escolaridad promedio: 10 años.

Acceso a Servicios de Salud

- Servicios de salud proporcionados:* 81% por la Secretaría de Salud, 8% por IMSS, 7% por ISSSTE, y menores porcentajes por MARINA y SEDENA.

Cobertura de Vacunación

- Esquema de vacunación completo: 33% de la población.
- Cartilla Nacional de Salud: 58% la poseen.

Determinación Social

- Clase Social: La mayoría tiene educación básica completa, reflejando una clase social trabajadora.
- Ingreso: Mayoría con ingresos entre \$5,200 y \$10,400 mensuales.
- Ocupación: Predominancia de comerciantes (35%) y alta participación femenina en tareas del hogar.
- Acceso a Educación: 2% de analfabetismo; mayoría con secundaria (37%) y primaria (23%).

Diferencial de Género y Ocupación

- Distribución de género:* Mayor proporción de hombres (66%).
- Estado civil: 56% casados, 22% en unión libre.
- Ocupación: Mayoría comerciantes (35%), seguido de ocupación en el hogar (12%).

Derecho a la Salud y Servicios de Salud

- Acceso a salud: Alta cobertura por la Secretaría de Salud (81%).
- Vacunación: Baja cobertura completa (33%); problemas en seguimiento de cartilla de salud (58% la poseen).
- Salud bucal: Uso mayoritario de cepillo dental (74.63%); bajo uso de pasta fluorada (3.73%).

Identificación de Problemas de Salud

Sociales:

- Acceso a educación superior: Limitado, con solo 6% licenciatura y 2% posgrado.
- Vivienda: Mayoría con 2 habitaciones; 54% con acceso a agua intradomiciliaria, pero 46% depende de pipas.
- Recreación: Baja participación en actividades físicas (4%) y culturales.

Económicos:

- Ingreso: Mayoría con ingresos bajos-medios (\$5,200-\$10,400).
- Vivienda: 48% vive en viviendas rentadas.

Psicológicos:

- Violencia familiar: Presencia de violencia psicológica (3%)
- Adicciones: Predominancia de adicción a ultraprocesados (23%) y alcohol (21%).

Enfermedades y Causas de Muerte:

- *Morbilidad:* Diabetes (20.83%), obesidad (16.25%), dislipidemias (11.25%), caries (10.63%).
- *Mortalidad:* EVC (41.51%), accidentes (20.75%).

Comparación y Análisis con Datos Secundarios

INEGI y SSA:

- La prevalencia de diabetes y obesidad coincide con tendencias nacionales de aumento en enfermedades crónicas no transmisibles.
- La cobertura de vacunación y acceso a la salud refleja una situación similar a otros estados urbanos de México.

18. Conclusiones y recomendaciones

El diagnóstico de salud realizado por los pasantes de la licenciatura de enfermería en la comunidad del centro de salud T-II de San José en el AGEB 036, 037 y 045 sobre la prevención del pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo II, ha proporcionado un análisis detallado de los problemas, necesidades y factores de riesgo que afectan a esta población. Se llegaron a las siguientes conclusiones

Prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo II:

La comunidad del centro de salud T-II San José presenta una alta prevalencia de diabetes mellitus tipo II. Muchos pacientes no controlan adecuadamente su enfermedad, no realizan actividad física y no siguen una dieta adecuada, lo que aumenta significativamente el riesgo de desarrollar pie diabético.

Factores de Riesgo Identificados:

Los principales factores de riesgo identificados incluyen la falta de control glucémico, sedentarismo, alimentación inadecuada, y la falta de educación sobre el cuidado de los pies. La neuropatía diabética y la vasculopatía periférica son complicaciones comunes en estos pacientes.

Complicaciones del Pie Diabético:

Las complicaciones más comunes del pie diabético en esta comunidad incluyen infecciones, ulceraciones y gangrena, que en casos severos pueden llevar a la amputación. La falta de atención preventiva adecuada y el diagnóstico tardío agravan estas condiciones.

Educación y Prevención:

Existe una falta de educación y conciencia sobre la prevención del pie diabético entre los pacientes y el personal de salud. Las intervenciones educativas y los programas de seguimiento son insuficientes.

Recomendaciones

1. Programa Integral de Educación para la Salud:

- Qué: Implementar un programa educativo integral sobre el cuidado de los pies para pacientes con diabetes mellitus tipo II.
- Quién: Personal de enfermería y médicos del centro de salud T-II San José.
- Cómo: Realizar talleres mensuales, distribuir material educativo impreso, y realizar seguimientos telefónicos. Incluir charlas educativas y sesiones prácticas sobre higiene y cuidado de los pies.

2. Mejorar la Detección y el Seguimiento:

- Qué: Establecer un sistema de detección temprana y seguimiento regular de los pacientes en riesgo de desarrollar pie diabético.
- Quién: Equipo de salud del centro de salud T-II San José, con apoyo de pasantes de enfermería.

- Cómo: Realizar evaluaciones periódicas del pie utilizando herramientas de diagnóstico como el monofilamento y el diapasón, y registrar los resultados en una base de datos para seguimiento.

3. Fomentar la Actividad Física y la Nutrición Adecuada:

- Qué: Promover programas de actividad física y nutrición adecuada para pacientes con diabetes.
- Quién: Nutricionistas y entrenadores físicos del centro de salud.
- Cómo: Organizar clases de ejercicio adecuadas para pacientes diabéticos y sesiones de asesoramiento nutricional personalizadas.

4. Capacitación del Personal de Salud:

- Qué: Capacitar al personal de salud en el manejo y prevención del pie diabético.
- Quién: Instituciones académicas en colaboración con el centro de salud.
- Cómo: Realizar cursos y talleres de actualización para el personal de salud sobre las últimas técnicas y guías de manejo del pie diabético.

5. Implementación de Protocolos Clínicos Estandarizados:

- Qué: Desarrollar e implementar protocolos estandarizados para el manejo del pie diabético.
- Quién: Equipo médico del centro de salud en colaboración con especialistas.
- Cómo: Crear guías de práctica clínica basadas en evidencia y asegurar su implementación a través de auditorías regulares y sesiones de retroalimentación.

6. Involucrar a la Comunidad:

- Qué: Involucrar a la comunidad en actividades de prevención y promoción de la salud.
- Quién: Líderes comunitarios y organizaciones locales.
- Cómo: Organizar campañas de concientización, ferias de salud, y grupos de apoyo para pacientes diabéticos y sus familias.

Estas recomendaciones buscan abordar los problemas identificados en el diagnóstico de salud y disminuir los riesgos de complicaciones del pie diabético, mejorando así la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en la comunidad de San José.

19.-Bibliografía

Pineault R DC. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. 2nd ed. Barcelona: Masson.

Quijano Calle AM GAL. Guía para el diagnóstico local participativo (componente comunitario de la estrategia AIEPI) Washington: OPS; 2019.

Tláhuac D. Programa delegacional de Desarrollo urbano de Tláhuac. Distrito federal: Archivo editorial de la delegación Tláhuac.; 2018.

López Sampalo, A., Cobos Palacios, L., & López Carmona, M. D. (2020). Protocolo diagnóstico y terapéutico del pie diabético. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(17). [Protocolo diagnóstico y terapéutico del pie diabético - ScienceDirect](#)

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Día Mundial de la Diabetes 2020. Recuperado de <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-diabetes-2020>

Federación Internacional de Diabetes. (2019). Atlas de la Diabetes de la FID (Novena edición). Recuperado https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Características de las defunciones registradas en México durante 2020. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (s.f.). El ABC de las estadísticas vitales. Tasa de Mortalidad por Causa. Recuperado de <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/inegi/abc-vital.pdf>

Dubón Peniche, María del Carmen. (2018). Pie diabético. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 56(4), 47-52. Recuperado en 20 de mayo de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400008&lng=es&tlng=es.

Paiva, O., & Rojas, N. (2018). PIE DIABÉTICO: ¿PODEMOS PREVENIRLO? Revista médica Clínica Las Condes, 27(2), 227–234. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-pie-diabetico-podemos-prevenirlo-S0716864016300128>

Tizón Bouza, E., Dovale Robles, M. N., Fernández García, M. Y., Fernández Veiga, C., López Vilela, M., Mouteira Vázquez, M., Penabad Penabad, S., Rodríguez Martínez, O., & Vázquez Torrado, R. (2004). Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. Atención primaria, 34(5), 263–265. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-atencion-enfermeria-prevencion-cuidados-del-13066406>

Tucker, M. E. (2023, junio 15). Unas guías de práctica clínica internacionales de 2023 abordan el cuidado del pie diabético. Univadis. Recuperado de <https://www.univadis.es/viewarticle/unas-gu%25C3%25AD-de-pr%25C3%25A1ctica-cl%25C3%25ADnica-internacionales-2023a1000cgg>

Vásquez Hernández, M. E. (2023). Principales factores desencadenantes de pie diabético. Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI, 7(2), 153–161. <https://doi.org/10.36314/cunori.v7i2.234>

20. Anexos (Cédulas diagnósticas)

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO DIRECCIÓN GENERAL																	
DIRECCIÓN GENERAL																	
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA																	
ÁREA DE ENSEÑANZA																	
																	
Cedula 1: DATOS DEMOGRÁFICOS, DE ACCESO A LA SALUD, VACUNACIÓN Y SALUD BUCAL																	
A.		FOLIO:			NOMBRE DE LA UNIDAD DE SALUD:			FECHA:			DÍA		MES		AÑO		
		COLONIA:			AGEB:			DOMICILIO DE LA VIVIENDA:									
		LUGAR DE ORIGEN DEL JEFE DE LA FAMILIA:			OTRA ALCALDÍA:			OTRA ENTIDAD:									
B.																	
No.	NOMBRE	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GÉNERO	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	CARTILLA NACIONAL DE SALUD	ESQUEMA DE VACUNACIÓN					SALUD BUCAL		
										0 A 9 AÑOS	10 - 19 AÑOS	MUJERES DE 20 - 59	HOMBRES DE 20 - 59	60 AÑOS Y MÁS	HIGIENE BUCAL	VECES QUE REALIZA SU HIGIENE	ULTIMA CONSULTA DENTAL
			1.FEMENINO 2.MASCULINO	1.FEMENINO 2.MASCULINO 3.OTRA	1.ANALFABETA 2.SABE LEER Y ESCRIBIR 3.PREESCOLAR 4.PRIMARIA 5.SECUNDARIA 6.BACHILLERATO 7.CARRERA TÉCNICA 8.LICENCIATURA 9. POSGRADO	1.SOLTERA(O) 2.CASADA(O) 3.EN UNIÓN LIBRE 4.SEPARADA(O) 5.DIVORCIADA(O) 7.VIUDA(O)	1.OBRERA(O) 2.EMPLEADA(O) 3.COMERCIANTE 4.CAMPESINA (O) 5.JUBILADA(O) 6.ESTUDIANTE 7.HOGAR 8.DESEMPLEADA(O) + 18 AÑOS 9.TRABAJO POR MI CUENTA 10.TRABAJADORA(OR) INFANTE + 12 AÑOS 11.TRABAJADORA(OR) JUVENIL DE 12 A 18 AÑOS 12.NINGUNO MENOR DE 6 AÑOS 13.NINGUNO DE 6 AÑOS EN ADELANTE	1. SECRETARIA DE SALUD 2.IMSS 3.ISSSTE 4.PEMEX 5.MARINA 6.SEDENA 7.SEGURO MÉDICO 8.OTRO(S)	1.SI 2.NO	1.BCG 2.HEPATITIS B 3.PENTAVALENTE 4.DPT 5.ROTAVIRUS 6.NEUMOCOCCO 7.INFLUENZA ESTACIONAL 8.SRP 9.SABIN 10.SR 11.OTRAS VACUNAS	1.HEPATITIS B 2.TD 3.Tdpa 4.INFLUENZA ESTACIONAL 5.SR 6.VPH 7.OTRAS VACUNAS	1.SR 2.Td 3.Tdpa 4.INFLUENZA ESTACIONAL 5.SR 6.VPH 7.OTRAS VACUNAS	1.SR 2.Td 3.INFLUENZA ESTACIONAL 4.OTRAS VACUNAS	1.NEUMOCÓCICA 2.POLISACARIDA 3.INFLUENZA ESTACIONAL 4.OTRAS VACUNAS	1.CEPILLO DENTAL 2.HILO DENTAL 3.APLICACION DE COLUTORIOS(EN JUAGUE)	1.UNAVEZ 2.DOS VECES 3.TRES VECES 4.NINGUNA	1.EN LOS ULTIMOS 3 MESES 2.EN LOS ULTIMOS 6 MESES 3.EN EL ULTIMO AÑO 4.NUNCA
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	



Cedula: 2 VIVIENDA, ALIMENTACIÓN, INGRESOS ECONÓMICOS, RIESGOS AMBIENTALES Y MORTALIDAD

FOLIO:		OMBRE DE LA UNIDAD DE SALUD		AGEB:		FECHA:	
COLONIA: LUGAR DE ORIGEN DEL JEFE DE LA FAMILIA		DOMICILIO DE LA VIVIENDA:		OTRA ALCALDÍA: OTRA ENTIDAD:		DÍA MES AÑO	
c. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA				D. ALIMENTACIÓN FAMILIAR			
1. HABITANTES, CUARTOS Y VENTANAS				6. ACCESO A SERVICIOS			
1.1. Número de habitantes cuartos y ventanas		4. COMBUSTIBLES UTILIZADOS		9. FRECUENCIA DE ALIMENTOS CONSUMIDOS POR SEMANA		13. RIESGOS AMBIENTALES	
1. ¿Cuántas personas habitan en esta vivienda?		1. Gas		1. Cereales		1. Establos o chiqueros	
2. ¿Cuántas habitaciones tiene?		2. Parrilla eléctrica		2. Leguminosas		2. Basureros a cielo abierto	
3. Número de ventanas por habitación		3. Leña y/o carbón		3. Verduras		3. Aguas estancadas	
1.2 Tenencia de la Vivienda		5. SANEAMIENTO BÁSICO		4. Frutas		4. Fábricas o talleres con emisiones contaminantes	
1. Propia		5.1. Eliminación de basura		5. Huevos		5. Gasolineras	
2. Rentada		1. Depósito o contenedor		6. Carnes rojas		6. Otros	
3. Compartida con otra familia		2. Calle o baldío		4. Carnes blancas		14. ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS	
4. Otra		3. Canal o río		5.- Lácteos		1. Agua entubada	
1.3.- Materiales de Construcción		4. Quema o entierra		8.- Agrega a los alimentos aceite, manteca o margarina		2. Drenaje	
1. Materiales temporales		5.2 Frecuencia de la eliminación de basura		9.- Agrega azúcar a los alimentos ya preparados		3. Camión recolector de basura	
2. Materiales definitivos		1. Diario		10. CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS		4. Gas	
3. Materiales mixtos		2. Una vez por semana		1. Bebidas azucaradas (refrescos, jugos, leches y yogurt)		5. Luz eléctrica	
4. Suelo de tierra		3. Cada dos semanas		2. Galletas y panes industrializados		6. Teléfono	
5. Suelo de cemento		6. ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		3. Botanas (papas fritas, chicharrones y deducos)		7. Internet	
2- DISPOSICIÓN DE AGUA EN LA COMUNIDAD		1. Baño		4. Comida rápida (pizza, hamburguesa, nuggets, etc.)		15. RIESGOS SOCIO - SANITARIOS	
1. Llave intradomiciliaria		2. Letrina		5. Alimentos instantáneos (ejemplo sopa manuchán)		1. Narcomenudeo	
2. Hidrante público		3. Ras del suelo		6. Embutidos (salchichas o jamones)		2. Prostitución	
3. Pipa		4. Otros		11. CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS DOMÉSTICOS		3. Venta de Alcohol	
3. DISPOSICIÓN DE AGUA EN LA VIVIENDA		7. CONVIVENCIA CON ANIMALES DOMÉSTICOS		1. Cuenta con Refrigerador		4. Otro	
3.1 Almacenamiento		1. Perros		2. No cuenta con refrigerador		F. DINÁMICA FAMILIAR	
1. Tinaco		2. Gatos		3. Otro medio		16. TIPO DE FAMILIA	
2. Cisterna		3. Cerdos, vacas o caballos		E. ENTORNO DE LA VIVIENDA		1. Nuclear	
3. Pileta		4. Aves de corral		12. PREVENCIÓN DE RABIA		2. Extensa	
4. Tinaco		5. Otros		1. Perros	No.	3. Compuesta	
5. Recipiente cerrado		6. Ninguno		2. Gatos	C/V	4. Otra	
6. Recipiente abierto		8. FAUNA NOCIVA		3. Otros	S/V	17. RELIGIÓN QUE PROFESA	
3.2 Tratamiento para consumo		1. Cucarachas		18. TIPO DE VIOLENCIA FAMILIAR			
1. Hervida		2. Moscas		1. Física		1. Frecuentemente (número de veces al año)	
2. Clorada		3. Ratas/ratones		2. Psicológica		2. Ocasionalmente	
3. Filtrada		4. Animales ponzoñosos		3. Sexual		3. Nunca	
4. Embotellada		5. Ninguna		4. Económica		23. ASISTENCIA AL CENTRO DE SALUD	
5. Ninguno				5.- Abandono		1. Frecuentemente (número de veces al año)	
				6.- Otro		2. Ocasionalmente	
				19. INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR		3. Nunca	
				1. menos de \$5,200 pesos al mes		24. TRATO QUE HA RECIBIDO	
				2. De \$5,200 a \$10,400 pesos al mes		1. Amable	
				3. De 10,400 a \$15,600 pesos al mes		2. Indiferente	
				4. Más de \$15,600 pesos al mes		3. Agresivo	
				20. TIENE TIEMPO PARA LA RECREACIÓN		25. RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS	
				1. Si		1. Siempre	
				a. Ejercicio		2. Ocasionalmente	
				b. Parque		3. Nunca	
				c. Artes (cine, lectura, teatro)		H. DAÑOS A LA SALUD	
				d. T.V.		26. DEFUNCIONES EN EL ÚLTIMO AÑO	
				e. Videjuegos		EDAD	CAUSA
				f. Otro			
				2. no			
				21. PARTICIPACIÓN EN GRUPOS SOCIALES		NOTAS	
				1. Si			
				a. De servicio comunitario			
				b. Religioso			
				c. Autoayuda			
				d. Otros			
				2. no			

Cédula 3: ACCESO A LOS SERVICIOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y PADECIMIENTOS PRESENTADOS

		FOLIO:	NOMBRE DE LA UNIDAD DE SALUD:	FECHA:	DÍA				
		COLONIA:	AGEB:	DOMICILIO DE LA VIVIENDA:	MES				
		LUGAR DE ORIGEN DEL JEFE DE LA FAMILIA:	OTRA ALCALDÍA:	OTRA ENTIDAD:	AÑO				
No.	NOMBRE	0-9 AÑOS	10-19 AÑOS	MUJERES DE 20-59 AÑOS	HOMBRES DE 20-59 AÑOS	60 y MÁS AÑOS	ADICIONES	DISCAPACIDAD	PADECIMIENTOS EN EL ÚLTIMO AÑO
		1. ATENCIÓN AL NACER POR PROFESIONALES DE LA SALUD 2. TAMIZ NEONATAL AMPLIADO EN LOS PRIMEROS 5 DÍAS DE VIDA 3. CONTROL DEL NIÑO SAÑO 4. EXPLORACIÓN FUNCIÓN VISUAL 5. EXPLORACIÓN FUNCIÓN AUDITIVA 6. LACTANCIA MATERNA EN MENORES DE 6 MESES 7. EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL 8. USO DE HIERRO Y VITAMINA A 9. DESPARASITACIÓN INTESTINAL 10. ESTIMULACIÓN TEMPRANA/ ACTIVIDAD FÍSICA	1. ACUDE A UNIDADES DE SALUD 2 VECES AL AÑO 2. ORIENTACIÓN ALIMENTARIA 3. HIERRO/ACIDO FÓLICO 4. EVALUACIÓN Y VIGILANCIA NUTRICIONAL 5. ACTIVIDAD FÍSICA 6. ORIENTACIÓN PREVENCIÓN DE VIH SIDA E ITS 7. USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS 8. EXPLORACIÓN MAMARIA CADA 2 AÑOS 9. MASTOGRAFÍA CADA 2 AÑOS DESPUES DE LOS 40 AÑOS 10. CITOLOGÍA CERVIC UTERINA CADA 2 AÑOS DESPUES DE LOS 25 AÑOS 11. CONTROL DEL EMBARAZO 12. ATENCIÓN DE PARTOS EN HOSPITAL/CLÍNICA 13. DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL 2 VECES AL AÑO 14. DETECCIÓN DE DIABETES MELLITUS 2 VECES AL AÑO 15. DETECCIÓN DE DISLIPIDEMIAS 2 VECES AL AÑO	1. ACUDE A UNIDADES DE SALUD 2 VECES AL AÑO 2. ORIENTACIÓN ALIMENTARIA 3. EVALUACIÓN Y VIGILANCIA NUTRICIONAL 4. ACTIVIDAD FÍSICA 5. ORIENTACIÓN PREVENCIÓN DE VIH SIDA E ITS 6. USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS 7. EXPLORACIÓN DE PRÓSTATA CADA 2 AÑOS DESPUES DE LOS 40 AÑOS 8. ANTIGENO PROSTÁTICO CADA 2 AÑOS DESPUES DE LOS 40 AÑOS 9. DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL 2 VECES AL AÑO 10. DETECCIÓN DE DIABETES MELLITUS 2 VECES AL AÑO 11. DETECCIÓN DE DISLIPIDEMIAS 2 VECES AL AÑO	1. ACUDE A UNIDADES DE SALUD 2 VECES AL AÑO 2. ORIENTACIÓN ALIMENTARIA 3. EVALUACIÓN Y VIGILANCIA NUTRICIONAL 4. ACTIVIDAD FÍSICA 5. ORIENTACIÓN MENOPAUSA/ ANDROPAUSA 6. EXPLORACIÓN MAMARIA CADA 2 AÑOS 7. MASTOGRAFÍA CADA 2 AÑOS 8. EXPLORACIÓN DE PRÓSTATA CADA 2 AÑOS 9. ANTIGENO PROSTÁTICO CADA 2 AÑOS 10. DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL 2 VECES AL AÑO 11. DETECCIÓN DE DIABETES MELLITUS 2 VECES AL AÑO 12. DETECCIÓN DE DISLIPIDEMIAS 2 VECES AL AÑO	1. TABAQUISMO 2. ALCOHOLISMO 3. OTRAS DROGAS 4. TELEVISIÓN/MODO JUEGOS 5. REFRESCOS/COMIDA CHATARRA 6. OTRAS	1. VISUAL 2. AUDITIVA 3. LENGUAJE 4. MOTORA 5. MENTAL 6. NINGUNA	1. IRAS 2. EDAG 3. INVIJ 4. ULCERAS y GASTRITIS 5. CRIES 6. OBESIDAD 7. HIPERTENSIÓN ARTERIAL 8. DIABETES 9. DISLIPIDEMIAS 10. DEPRESIÓN 11. OTROS	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

HOJA DE FIRMAS

DIAGNÓSTICO DE SALUD O PROYECTO DE INTERVENCIÓN O TRABAJO FINAL

TÍTULO
DIAGNÓSTICO DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
 SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
 DEL DISTRITO FEDERAL
 JURISDICCIÓN SANITARIA TLÁHUAC
**Oficina de Enseñanza,
 Capacitación
 e Investigación**

Dra. Ariana E. González



Médico
 Cirujano
 Ced. Prof. 136898


 Ariana E. González
 JEFE DE UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
 (NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD)


 Med. Carina Gómez Escutia
 Métrica Gral. Ced. Prof 5007460
 Mtra. en Rehabilitación
 Neurológica Ced Prof 7935980
 Mtra. en Población y Salud
 Ced. Prof. 136898P


 RESPONSABLE DE ENSEÑANZA
 (NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL ÁREA)


 TUTOR
 (NOMBRE, FIRMA)


 Licenciatura en Enfermería
 Pasante de Servicio Social
 PASANTE DE SERVICIO SOCIAL
 (NOMBRE COMPLETO, CARRERA FIRMA)

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
 SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CDMX
 JURISDICCIÓN SANITARIA TLÁHUAC
 C.C.T.-II SAN JOSÉ
DIRECCIÓN

NOTA: LOS NOMBRES Y FIRMAS DE LAS PERSONAS INDICADAS DEBERÁN IR A PUÑO Y LETRA DE LA AUTORIDAD Y PASANTE



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SERVICIOS
DE SALUD PÚBLICA
DE LA CIUDAD DE MÉXICO



Jurisdicción sanitaria Tláhuac, CDMX

C.S. T - II San José

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

“PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO EN ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”

Pasante de servicio social de enfermería:

Martínez Gómez Josue Elías

Asesor interno:

Mtra. Elsy Elizabeth Verde Flota

PROMOCIÓN Agosto 2023- Julio 2024

ÍNDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
1. SELECCIÓN DEL TEMA DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	5
2. DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN SALUD	5
2.1 Ficha de identificación del Proyecto de Intervención	5
2.2 Población Beneficiada	5
2.3 Problemática	6
3. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS	7
3.1 OBJETIVO GENERAL	7
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
4. PLAN DE ACCIÓN	8
4.1 Metas	8
4.2 Cronograma de Actividades	9
5. EVALUACIÓN	9
5.1 Diseño de la Evaluación	9
5.2 Elaboración del informe de la evaluación del Proyecto de Intervención	11
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	13
7. BIBLIOGRAFÍA	15
8. ANEXOS	17

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM-2) es una enfermedad crónico-degenerativa que actualmente es un problema a nivel mundial y se estima que alcanzará los 592 millones de personas afectadas para el año 2035. Acorde con la revisión realizada se encontró que cerca del 80% de los 415 millones de personas con diabetes mellitus tipo II en todo el mundo viven en países de ingresos medios y bajos, donde una proporción significativa (41.1 millones) residen en América Latina. Dos de los diez países líderes en número de casos se encuentran en América Latina y son: Brasil con 14.3 millones y México con 11.5 millones de casos, respectivamente. De acuerdo con Basto et al (2019) y con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (INSP, 2019), en México ha habido un gran incremento de casos de DM-2 y debido a esto fue declarada como una emergencia epidemiológica para ese año. Este autor menciona que, en México, la DM-2 es considerada como la primera causa de años perdidos de vida saludable y la segunda causa de mortalidad en el país. La gravedad del aumento de la enfermedad en México se puede ver reflejada en las estadísticas de mortalidad publicadas por el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) (INEGI, 2021), en donde se reporta que, en 2020, 151 019 personas fallecieron a causa de la Diabetes Mellitus Tipo 2, lo cual equivale al 14% del total de defunciones en el país. De ellas, 78 922 defunciones sucedieron en hombres (52% del total) y 72 094 en mujeres (48% del total). Así mismo, en la Ciudad de México, según informes presentados por la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación (SECTI) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), hay 2.2 millones de personas con DM-2 y más del 70% de los habitantes tiene factores de riesgo predisponentes a ella (sobrepeso u obesidad). Hablando acerca de los factores de riesgo asociados con esta enfermedad, se conoce que actualmente existen circunstancias que pueden acelerar el inicio de la enfermedad en la población mexicana. El tipo más común de diabetes mellitus es la diabetes de tipo 2. La mayoría de las personas con diabetes de tipo 2 tienen sobrepeso u obesidad, lo cual ocasiona o agrava la resistencia a la insulina. Muchas de las personas con diabetes mellitus que no son obesas según los criterios del índice de masa corporal (IMC) tienen una proporción mayor de grasa corporal distribuida predominantemente en la zona abdominal, lo que indica adiposidad visceral, en comparación con las personas sin diabetes. (Moreno, L. 2019) No obstante, en algunos grupos poblacionales, como los asiáticos, la disfunción de las células beta parece ser una característica más prominente que en los grupos poblacionales de ascendencia europea. Esto también se observa en las personas delgadas de países de ingresos bajos y medianos, como India, y en las personas de ascendencia india que viven en países de ingresos altos. Esto hace referencia a la probabilidad de enfermar o sanar según los determinantes sociales de salud de cada paciente, es decir, las condiciones donde nacen, viven, trabajan y envejecen, así como el tipo de sistemas que utilizan para combatir la enfermedad, en el que las políticas de actividad física, alimentarias y económicas son ineficientes. Así mismo, se menciona que altos porcentajes de la población que padece DM-2, presenta factores de riesgo cardiovascular, entre los cuales destacan la obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial y tabaquismo (considerados como factores de riesgo modificables), los cuáles a pesar de diversas estrategias implementadas en el mundo, no se han podido controlar. La explicación de este suceso en México es muy compleja, puesto que radica en que se necesita una respuesta multisectorial y de la sociedad en su conjunto, así como intervenciones dirigidas al desarrollo de políticas y alianzas para la reducción de factores de riesgo, a fin de lograr un efecto positivo sobre la incidencia, prevalencia y mortalidad. Pero realizar estas intervenciones tendría un impacto sobre los costos de los servicios de salud, productividad y crecimiento económico en el país (López

et al, 2018). Conociendo la situación actual, encontramos tres retos mayores contra la DM-2: un número creciente de casos con la enfermedad, deficiencias graves en el conocimiento de ésta, y la deficiente calidad de atención para su prevención y tratamiento. Estas deficiencias o factores que dificultan a los pacientes recibir los cuidados que requieren para su enfermedad (como la carencia de información óptima acerca de la DM-2), de acuerdo con autores como Méndez GH et al (2021) se denominan barreras que se interponen entre el control de la enfermedad y la salud del paciente. Estas barreras pueden ser de diversos tipos:

- Barrera educacional: bajo o nulo conocimiento sobre la DM-2 o los servicios médicos disponibles para su control.
- Barreras físicas: se denomina así a los efectos del tratamiento existente para la DM-2 o de algún grado de discapacidad del paciente.
- Barrera socioeconómica: hace referencia al bajo ingreso económico de esta población que dificulta el seguimiento correcto de las recomendaciones.
- Barrera psicológica: son las creencias personales sobre el cuidado de la enfermedad, la baja autoestima y baja resistencia al cambio. (Méndez GH, et al. 2021)

Cabe mencionar que este proyecto de intervención se realizó junto con Salma Aurora Sánchez Rosa, pasante de la licenciatura en enfermería, egresada de Universidad Tecnológica de México campus sur.

1. SELECCIÓN DEL TEMA DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

El problema específico a intervenir en este proyecto se concentró en una de las barreras más importantes para la salud del paciente con DM-2 (barrera educacional) y el nivel de conocimiento que tiene sobre su enfermedad, específicamente en el grupo de pacientes atendidos en el Centro de Salud T-II San José, Tláhuac. El propósito del proyecto fue, así, mejorar el conocimiento sobre la DM-2 y promover la prevención de pie diabético. Para ello se realizaron pláticas integradas y cuestionarios antes y después de la intervención, que evaluó cinco principales secciones: conocimientos básicos sobre la enfermedad DM-2, prevención de la evolución de la DM-2, dinámica de vida y autocuidado, tratamiento de la DM-2 y complicaciones de la enfermedad.

2. DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN SALUD

2.1 Ficha de identificación del Proyecto de Intervención

Jurisdicción sanitaria	Tláhuac, CDMX
Unidad de salud	C.S T-II San José
Domicilio y/o AGEB	Calle Agustín Lara s/n, entre calle Juventino Rosas y calle Farolito (sur 7), col. San José Tláhuac, C.P. 13020 Ciudad de México. AGEB 037
Responsable de coordinar el proyecto	Lic. Blanca Yazmin López Arzate
Título del proyecto	Acciones de enfermería para la prevención de pie diabético en adultos con diabetes mellitus tipo 2
Tema del proyecto	Orientación y educación a adultos con diabetes mellitus tipo 2 para prevenir pie diabético.
Población a beneficiar	Adultos de 45 a 54 años y adultos mayores de 55 a 64 con diabetes mellitus tipo 2, que ingresen a la unidad de salud a consulta y control de enfermedades crónicas C.S T-II San José
Total de población a atender	50 personas con diabetes mellitus tipo 2

2.2 Población Beneficiada

2.3 Problemática

SEXO		Grupos de edad	
Femenino	Masculino	45 a 54 años	55 a 64 años
34	16	22	28

Justificación del proyecto

Existe un déficit de conocimiento bastante considerable, Un estudio realizado en 22 pacientes de 35 a 59 años de edad que padecían DM-2 (Soler et al, 2016) trató de identificar el nivel de conocimientos que tenían sobre su enfermedad, y encontró que el nivel bajo predominaba con un 45% en el grupo, un 36% con un nivel medio y solo un 8% tenían un nivel alto de conocimientos, mostrando así la escasez de conocimientos en estos pacientes y la necesidad de cubrir esta carencia en la población.

Otro motivo importante sobre el por qué los pacientes deben conocer más acerca del autocuidado y complicaciones teniendo diabetes mellitus tipo 2, se justifica al describir la historia natural de la enfermedad. mencionan que ésta tiene su comienzo en los factores genéticos y ambientales (alimentación y obesidad) en medio de los cuales se desarrollan estos pacientes y que dan lugar a una enfermedad gradual y silenciosa, hasta llegar a sus mayores complicaciones como lo son la retinopatía, enfermedad cardiovascular, nefropatía, neuropatía y enfermedad vascular periférica, complicaciones que resultan de un manejo inadecuado de la patología y del desconocimiento de la enfermedad.

Planteamiento del problema

. Para conocer el problema con el cual se trabajó, según la American Diabetes Association (ADA) (Jiménez, A et al, 2019) la Diabetes Mellitus se define como un conjunto de alteraciones metabólicas caracterizada por una hiperglucemia crónica, que es el resultado de una falla en la secreción de insulina, en los efectos de la insulina, o ambos. Y la clasifica en grupos, por ejemplo:

- Diabetes Mellitus tipo 1: se caracteriza por la destrucción autoinmune de las células Beta pancreáticas.
- Diabetes Mellitus tipo 2: el defecto consiste en una resistencia a la insulina acompañada por una deficiencia de la misma hormona. Este fue el tipo de Diabetes con el que se trabajó en este proyecto, ya que de aquí se derivan diferentes alteraciones y complicaciones como lo es el pie diabético, a causa de la falta de conocimiento y autocuidado de los individuos que tienen dicha enfermedad.

Determinantes de la salud y factores condicionantes del problema a fortalecer

La prevención de la DM-2 se divide en tres niveles principales (NOM-015-SSA2-2010):

- Primaria: tiene como objetivo evitar el inicio de la enfermedad en dos grupos de edad: la población en general (modificadores en el estilo de vida y 8 características socio ambientales) y la población con factores de riesgo asociados a la diabetes (educación para la salud, corrección de obesidad, prescripción adecuada de medicamentos, promoción del ejercicio rutinario y programado).
- Secundaria: para aquellos con un diagnóstico establecido de DM-2, los objetivos serán prevenir las complicaciones agudas, evitar o retrasar las mismas.
- Terciaria: dirigida a pacientes que ya presentan complicaciones crónicas y tiene como objetivo evitar pie diabético.

Determinantes del proceso salud-enfermedad a eliminar o a reducir

La DM-II es una enfermedad causada por una combinación de factores genéticos, ambientales y conductuales. Los factores de riesgo que predisponen a ella se pueden dividir en:

- Factores de riesgo modificables: obesidad, sobrepeso, obesidad abdominal, sedentarismo, tabaquismo y patrones dietéticos,
- Factores de riesgo no modificables: edad, raza, antecedente de DM-2 en un familiar de primer grado, antecedente de DM gestacional, síndrome de ovario poliquístico (Moreno, L. 2019)

3. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Transmitir información para mejorar el conocimiento acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes hombres y mujeres que la padecen, atendidos en el CST-II San José, Tláhuac, del grupo de edad comprendido entre 40-70 años cumplidos

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Priorizar las intervenciones de prevención de pie diabético más eficaces en pacientes adultos del centro de salud T-II San José, Tláhuac
- Promover la educación sanitaria del paciente, familiares y/o cuidadores para el correcto cuidado de los pies en los diabéticos.
- Conocer el nivel de conocimientos que tiene el paciente diabético sobre los cuidados de los pies y en qué consiste el pie diabético.

4. PLAN DE ACCIÓN

Si hablamos de conocimiento, en un artículo sobre la gestión del conocimiento (Villasana Arreguín, et al, 2021) es un término con un contenido semántico bastante amplio y hace referencia a los conocimientos comunes que las personas tienen sobre el mundo en general y que utilizan en su vida cotidiana, existen conocimientos sobre distintos planos de la realidad natural y sociocultural que conforman las distintas ciencias y saberes;

conocer requiere de memoria, operación de ideas y de asimilar la información, pero lo más importante para conocer un tema nuevo es la motivación, el esfuerzo, compromiso y constancia en un proyecto formativo de desarrollo personal y social. Estos autores refieren que el aumento del conocimiento es una condición imprescindible para desarrollarse con más plenitud como persona, ejercitar las capacidades humanas, disfrutar del saber y de cierta forma dar sentido a la vida. Debe mencionarse que transmitir conocimientos no siempre significa hacer el cambio en la vida de las personas que lo adquieren, puesto que como lo señalan los autores, más de un 80% de la población adulta considera clave la formación y cree que puede repercutir en su desarrollo personal, pero poco menos de un 25% lleva a cabo lo aprendido o lo practica.

Por lo tanto, el conocer sobre algún tema, en este caso sobre diabetes mellitus tipo II y el autocuidado, no existe la garantía de que con ello las personas cambien su dinámica de vida o controlen su enfermedad. El cuidado de la diabetes depende en un 90% de la persona que la padece.

Todo esto dio pautas para abordar la problemática sobre la falta de conocimiento en la población atendida en el CST-II San José, Tláhuac.

El desafío fue identificar a las personas a las cuales se pudiera ofrecer una mejoría en cuanto al bajo nivel de conocimientos de la enfermedad, que es una de las principales barreras que impiden un buen control y autocuidado. La forma en que se pretendió mejorar los conocimientos de estas personas sobre la DM-2 fue a través de la enseñanza, identificando a los pacientes que llegaron a consulta para control y tratamiento de diabetes mellitus y mediante la aplicación de un cuestionario, uno antes de informar y enseñar al paciente y otro después de brindar la capacitación, con la finalidad de evaluar los conocimientos, utilizando la escala de medición del 0 a 10 puntos totales, clasificando su puntuación en: nivel bajo = menor o igual a 6 puntos, nivel medio= 7 a 8 puntos, nivel alto= 9 a 10 puntos.

4.1 Metas

- Alcanzar un nivel de conocimientos alto en la encuesta posterior a la capacitación, al menos en el 40% de los pacientes
- Alcanzar un nivel de conocimientos medio en la encuesta posterior a la capacitación, al menos en el 50% de los pacientes.
- Conocer en qué género predominan las clasificaciones más altas y bajas (de acuerdo a la escala de medición nivel bajo = 6 puntos, nivel medio= 7 a 8 puntos, nivel alto= 9 a 10 puntos).
- Conocer en qué grupo de edad predominan las clasificaciones más altas y bajas (de acuerdo a la escala de medición nivel bajo = 6 puntos, nivel medio= 7 a 8 puntos, nivel alto= 9 a 10 puntos).

4.2 Cronograma de Actividades

ACTIVIDAD	PERIODO MENSUAL 2024					PERSONAL RESPONSABLE DE REALIZAR ACTIVIDAD
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	
1.- Identificación de pacientes subsecuentes que llegan a consulta a control y tratamiento de diabetes mellitus tipo II						-Sánchez Rosas Salma Aurora -Martínez Gómez Josue Elías
2.- Sesiones y aplicación de cuestionarios						-Sánchez Rosas Salma Aurora -Martínez Gómez Josué Elías
4.- Análisis de resultados obtenidos y Evaluación						-Sánchez Rosas Salma Aurora -Martínez Gómez Josué Elías

5. EVALUACIÓN

5.1 Diseño de la Evaluación

Para la elaboración del cuestionario a utilizar en este proyecto, sin perder la orientación y guía de la ECODI, se redactaron diez preguntas de la manera más amigable posible para que fueran fácil de entender por los pacientes, un cuestionario rápido y nada tedioso. En este cuestionario se planeó evaluar 5 secciones, con 2 preguntas cada una (se describen más adelante) las cuales se consideraron relevantes para abrir pauta y dar información necesaria a los pacientes; de las diez preguntas, seis fueron tomadas de la escala mencionada mismas que sirvieron para evaluar las primeras 3 secciones y cuatro preguntas fueron creadas por los autores con el fin de completar el total y evaluar las dos últimas secciones (4 y 5) quedando organizadas las 5 secciones y sus respectivas dos preguntas de la siguiente manera:

1. Conocimientos básicos sobre DM2 (Preguntas número 1 y 2).

Evalúa el conocimiento sobre qué es la DM2 y cuáles son los factores de riesgo que aceleran el inicio de la enfermedad.

2. Prevención de la DM2. (Preguntas número 3 y 4)

Evalúa los conocimientos sobre las medidas a realizar por los pacientes con DM2 con el objetivo de llevar un buen control y autocuidado, evitando las complicaciones de la enfermedad.

3. Alimentación y ejercicio para un buen control de la DM2. (Preguntas número 5 y 6) Evalúa los conocimientos sobre una adecuada alimentación en los pacientes con DM2 y el beneficio que tiene que los pacientes dediquen parte de su tiempo a realizar ejercicio físico.

4. Tratamiento de la DM2. (Preguntas número 7 y 8) Preguntas anexadas por los autores. Evalúa los conocimientos sobre los principales pilares en los que se basa el tratamiento de la enfermedad DM2, y si los pacientes identifican el por qué se usa la insulina en el tratamiento de la DM2, siendo el medicamento farmacológico más importante para el control de la enfermedad.

5. Complicaciones de la DM2. (Preguntas número 9 y 10). Preguntas anexadas por el autor. Evalúa los conocimientos sobre las principales complicaciones agudas (hipoglucemia) y complicaciones crónicas (pie diabético), con el fin de que el paciente pueda identificarlas.

Al final de estas últimas preguntas se anexa una imagen con los factores de riesgo de acuerdo a la clasificación de Wagner para que así, los pacientes logren identificar los riesgos de pie diabético y los estadios de esta neuropatía.

El cuestionario completo tal y como se presentó a los participantes en este proyecto de intervención se puede revisar en el anexo. Los ítems de este cuestionario corresponden fielmente a los contenidos de las sesiones elaboradas por los autores que se impartieron en el centro de salud T-II San José Tláhuac.

En la sección del anexo titulado “Narrativa sobre cada una de las clases impartidas por el autor, con el fin de explicar el contenido y las ideas claves”, se describe el guion de cada una de las sesiones realizadas por el autor con el fin de explicar los puntos estratégicos a impartir a los participantes. La etapa de capacitación en las sesiones inició el 22 de marzo de 2024 y terminó el 17 de mayo de 2024. La forma en la que se impartieron estos contenidos a los pacientes fue en el consultorio en sus consultas subsecuentes y en el aula del C.S.T-II San José, en donde se les explicó el temario a revisar y la duración aproximada de las seis sesiones. Se explicó que la primera clase sería presencial en el aula de la unidad el día viernes 22 de marzo del 2024 a las 10am, también que cada ocho días se realizaría una sesión en el aula.

En la siguiente tabla se puede apreciar la fecha en la que fue impartida cada sesión y el título abordado en el proyecto para mejorar el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes diagnosticados y tratados en el centro de salud T-II San José, Tláhuac durante el periodo de marzo a mayo del 2024.

Tabla 1: Fecha en que se impartió cada sesión y el tema abordado en el proyecto de intervención para mejorar el conocimiento sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2

Número de capacitación	Título de la capacitación a impartir	Fecha de realización
1	¿Qué es salud y la dinámica de vida que se lleva con la enfermedad?	22/Marzo/2024
2	Aspectos generales de la diabetes mellitus tipo 2	29/Marzo/2024
3	Signos y síntomas de dicha enfermedad	19/Abril/2024
4	Diagnóstico y prevención de diabetes mellitus tipo 2	26/Abril/2024
5	Tratamiento	03/Mayo/2024
6	Complicaciones y recomendaciones para un mejor autocuidado y un buen control de la diabetes mellitus tipo 2	17/Mayo/2024

FUENTE: Elaboración propia de los autores

Las sesiones presenciales tuvieron una duración aproximada de 20 a 25 minutos, dependiendo del tema. Es importante mencionar que los contenidos fueron impartidos evitando el vocabulario médico y con la mayor claridad posible, para favorecer el entendimiento del tema. Esto

intentó lograrse a través de diversas estrategias como la repetición constante de términos, de dinámicas para memorizar metas en su alimentación y ejercicio, entre otras. Durante este periodo los pacientes fueron citados a consulta y vistos de forma presencial en el C.S T-II San José, consultorio 2, para sus citas de control, dentro de la consulta se dedicó de 10 a 15 minutos extras para aplicar cuestionarios antes de las sesiones con el fin de evaluar los conocimientos antes y después de abordar los temas.

Una vez que las sesiones terminaron, llegó la etapa de medir el nivel de conocimiento que se logró transmitir a los pacientes. Esto se hizo en el mes de mayo del 2024. Durante este periodo, se citó a los pacientes a la consulta médica de control y cuando acudían se realizó la medición de lo aprendido mediante la aplicación del mismo cuestionario realizado antes de abordar los temas en el aula, obteniendo así sus resultados después de la intervención. A cada paciente, al concluir el cuestionario durante la consulta médica, se le dio la confianza y el tiempo para preguntar y resolver sus dudas, inquietudes y así poder explicar el porqué de sus respuestas incorrectas e informarle más a detalle de manera verbal sobre el tema abordado.

Finalizando esta etapa y con los datos recolectados, se creó una base de datos en la hoja de cálculo Excel, para proceder a realizar el análisis de resultados.

5.2 Elaboración del informe de la evaluación del Proyecto de Intervención

A continuación, se presenta el análisis e interpretación de los datos obtenidos durante la intervención. Como ya se mencionó, el total de pacientes que participaron en el proyecto de intervención fueron 50, y como se aprecia en la tabla 2, 34 de ellas eran mujeres y 16 hombres. El grupo de edad predominante fue de 55 a 64 años. El puntaje promedio obtenido en el cuestionario de evaluación de conocimientos sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2 previo a la capacitación fue de 5.6 puntos y el puntaje posterior fue de 8.8 puntos, lo que significa que se produjo un incremento general de 3.2 puntos.

Tabla 2: Distribución de los participantes en la intervención según el sexo, edad y puntaje obtenido en los cuestionarios antes y después de la intervención en el CST-II San José, Tláhuac, en el periodo de marzo a mayo del 2024.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SEXO		
Masculino	16	32%

Femenino	34	68%
GRUPOS DE EDAD		
45 a 54 años	22	44%
55 a 64 años	28	56%
Calificación promedio previa a la capacitación	5.6	
Calificación promedio posterior a las capacitaciones	8.8	
TOTAL	50	100%

FUENTE: Elaborada por los autores.

En la tabla 3 se presenta la distribución del nivel de conocimientos que tenían los participantes sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2 antes y después de la intervención, de acuerdo con la siguiente clasificación: nivel bajo = menor o igual a 6 puntos, nivel medio= 7 a 8 puntos, nivel alto= 9 a 10 puntos.

Tabla 3: Distribución del nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2 que tenían los participantes, antes y después de la intervención de acuerdo a la clasificación por nivel alcanzado, en el CST-II San José, durante el periodo de marzo a mayo del 2024.

Nivel de conocimiento antes de la capacitación	No. de participantes	Porcentaje %
Nivel bajo: menor o igual a 6 puntos	35	70%
Nivel medio: 7 a 8 puntos	15	30%

Nivel alto: 9 o 10 puntos	0	
Total	50	100%
Nivel de conocimientos después de las capacitaciones	No. de participantes	Porcentaje %
Nivel bajo: menor o igual a 6 puntos	10	20%
Nivel medio: 7 a 8 puntos	22	44%
Nivel alto: 9 o 10 puntos	18	36%
Total	50	100%

FUENTE: Elaborada por los autores

Puede observarse que, antes de la sesión, destacó el nivel bajo en 35 pacientes, un 70% del total. Posterior a la intervención 22 pacientes se ubicaron en un nivel medio, es decir, el 44% del total, y otros 18 (36 %) alcanzaron el nivel alto, permaneciendo solo 10 de ellos (20 %) en el nivel bajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como bien se ha notado la gran prevalencia que tiene la Diabetes Mellitus Tipo 2 en México y, específicamente en la población atendida en el Centro de Salud T-II San José, de la alcaldía Tláhuac en la Ciudad de México, así como es de suma importancia romper las barreras que impiden una mejor atención de los que padecen esta enfermedad, se hace énfasis principalmente en la conveniencia de incrementar el conocimiento que tienen los pacientes que la padecen, ya que al mejorar el conocimiento de los pacientes aumentan sus posibilidades de autocuidado, y además su

desarrollo personal, en el presente proyecto se diseñó una intervención realizada a través de pláticas impartidas a los pacientes que aceptaron participar en dichas sesiones.

La medición inicial del conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en el grupo de participantes resultó un nivel bajo, con un puntaje promedio de 5.6 en una escala de 1 a 10. Al final de la intervención se logró un incremento del promedio del grupo hacia el nivel medio, con un puntaje final promedio de 8.8. Del total de pacientes, un 44% logró la meta de adquirir conocimiento de nivel medio (de 7 a 8 puntos) después de la intervención, un 36% logró adquirir conocimiento de nivel alto, y solo el 20 % no logró la meta puesto que obtuvo una calificación de nivel bajo (menor o igual a 6 puntos). A estos últimos se les habló de la importancia de adquirir conocimientos sobre su padecimiento, se le invitó a la resolución de dudas y se les sugirió implementar una estrategia de aprendizaje más confiable que les permita alcanzar el conocimiento que requieren para un mejor control de esta enfermedad que refleje en un mayor bienestar en los aspectos de su vida personal afectados por la Diabetes Mellitus Tipo 2. Respecto al nivel de conocimiento de los integrantes de cada sexo, si bien antes de la intervención se observó un conocimiento levemente mayor en las mujeres que en los hombres, al final de la intervención el nivel alcanzado fue similar, con predominio del nivel medio en ambos sexos en un 50%. En cuanto al nivel de conocimiento adquirido por los integrantes de los distintos grupos de edad, de los 20 participantes de 45 a 54 años 16 de los veinte obtuvieron un nivel de conocimientos alto, y 4 de nivel medio. Entre los 25 del grupo de 55 a 64 años, al final de la intervención predominó el nivel de conocimientos medio que fue de 15 y en nivel alto fueron 10. Los pacientes que obtuvieron un incremento en los conocimientos, y en especial aquellos que alcanzaron el nivel alto, fueron reconocidos por el autor del proyecto, se les motivó a continuar con ese interés de aprender cada día más sobre la enfermedad, y se les invitó a seguir acudiendo al CST-II San José para dar seguimiento en el resto de los aspectos que requiere el adecuado cuidado de la diabetes mellitus tipo 2. A los pacientes que quedaron ubicados en un nivel de conocimientos bajo (que fueron solamente 5, tres en el grupo de 55 a 64 años y dos en el grupo de 45 a 54 años) se les entrevistó para escuchar sus sugerencias y los motivos que tuvieron para no alcanzar el nivel de conocimientos deseado. Lo que señalaron fue la falta de interés, por lo que se les exhortó a atender su salud y a que las barreras educacionales, y de tiempo no sean impedimento para mejorar su aprendizaje y con él, sus posibilidades para cuidarse adecuadamente y prevenir consecuencias de la patología como lo es el pie diabético.

El tema con más número de respuestas correctas después de la intervención, fue el de “conocimientos básicos sobre la DM2”, lo cual es una gran meta alcanzada puesto que muchas veces los pacientes no lograban entender en qué consistía la patología que tienen y con la intervención se logró aumentar el conocimiento y así mismo aumentar la prevención de consecuencias como el pie diabético. La siguiente sección con más número de respuestas correctas fue la de “alimentación y ejercicio”, lo cual es excelente puesto que los pacientes comentaron estar más motivados que al inicio del proyecto para realizar actividad física. En cuanto a la sección con menor número de respuestas correctas, que fue la de “tratamiento de la DM2”, se sugirió a los pacientes expresar sus dudas en cada consulta médica que tuvieran posteriormente sobre sus medicamentos (tiempo, dosis, beneficios) puesto que aparte del conocimiento sobre su enfermedad, uno de los pilares más importantes es saber llevar de manera

adecuada el tratamiento médico. Finalmente se debe decir que los pacientes cumplieron la meta de obtener un 70% en 4 de las 5 secciones, donde no se cumplió la meta fue solo en la sección de “tratamiento de la DM2” con un 65% de respuestas correctas.

A pesar de los diversos programas contra la diabetes y prevención que existen, siempre se debe buscar la mejor manera de poder transmitir los conocimientos sobre los cuidados del paciente en favor de un mejor estado de salud, de una forma didáctica, accesible y con la mejor intención de que el paciente la comprenda, ya sea por medio de las consultas, jornadas, talleres, clases, carteles, porque es parte del compromiso con la comunidad. Algunas de las reflexiones encontradas por los autores al final de este proyecto es mencionar que el abrir un espacio para compartir información, resolución de dudas y aclarar ciertas cuestiones en cuanto a la enfermedad, es una excelente estrategia para seguir aumentando el conocimiento de cualquier índole en aquellas situaciones que no pueden ser resueltas; siempre que la persona que imparte el tema y la personas que lo reciben tengan una actitud positiva al respecto. Los autores también aprendieron que el generar un ambiente de confianza, antes de iniciar el curso, ayudó a tener una plática sobre las sesiones más abierta y con más resolución de dudas. Por otro lado, el crear un grupo ayudó a poder identificar con exactitud a cada uno de los participantes y así exponer una mejor explicación sobre sus dudas en cada plática. Se detectó que el haber realizado estas pláticas de forma presencial ayudó a confirmar la asistencia de cada uno de los participantes y si estos permanecieron todo el tiempo en la sesión, también responder las dudas de cada participante en ese mismo tiempo; esta iniciativa deja muchas pautas para un futuro, así como realizar un taller de prácticas, porque no es lo mismo tener el conocimiento que practicarlo (aplicación de insulina, tomas de glucosa, rutina de ejercicios, lavado de heridas en pies y autocuidado). La DM2 es una enfermedad que estará presente por muchos años más en nuestra población hasta que algún día exista una estrategia completa y dinámica establecida a seguir en todos los pacientes con dicha enfermedad por alguna institución de salud reconocida en México y el mundo. Por ello el personal de salud debe tener una iniciativa en encontrar y perfeccionar esta estrategia en su población a beneficiar. Se deja claro por parte de los autores que la deficiencia del conocimiento acerca de la diabetes mellitus tipo 2 es muy alta, pero puede mejorarse, si se cuenta con una red de apoyo más extensa y así investigar otras variables, como se comentó previamente, con el objetivo de que cada vez que esto se retome se encuentre información nueva para aportar en este padecimiento y así encontrar la manera más eficaz de enseñar a los pacientes y tengan un mejor cuidado de su enfermedad. En caso de desearlo por futuros investigadores se recomienda contar con una buena organización para evaluar a los participantes por un mayor periodo de tiempo y al retomar las actividades de forma presencial se podrían realizar evaluaciones prácticas, toma de análisis clínicos, sesiones de ejercicio físico, grupos de autoayuda y autocuidado. Con lo anterior se deja una ruta abierta para continuar realizando intervenciones en este eje de la Diabetes Mellitus Tipo 2.

7. BIBLIOGRAFÍA

Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. Manejo farmacológico de la diabetes tipo 2. Revista de la ALAD. 2019 50-64. Disponible en: http://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf

Basto, A., Barrientos, G., & Roja, M. (2020). Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la ENSANUT 2019. Salud Pública de México., 50-58. Recuperado el 10 de diciembre del 2023, en <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2020/sal201g.pdf>

Grupo Internacional de Trabajo de Pie Diabético (IWGDF). Guías del IWGDF para la prevención y el manejo de la enfermedad de pie diabético. (https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2020/03/IWGDF-Guidelines-2019_Spanish.pdf)

INEGI. (2020). Panorama sociodemográfico de la Ciudad de México. Ciudad de México. Recuperado el 12 de diciembre del 2023, en <https://implanixtlan.gob.mx/wpcontent/uploads/2021/10/Panorama-Sociodemografico-2020.pdf>

INEGI. (2021). Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes (14 de noviembre). Ciudad de México. Recuperado el 12 de diciembre del 2023, en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf

ENSANUT. (2022). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Ciudad de México. Secretaria de Salud, Recuperado el 12 de diciembre del 2023, En https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/documentos_analiticos.php

González RL, Cooper WD, Méndez GH, et al. (2021), Barreras identificadas por pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en su atención integral. *MediSan*. 2021;25(02):388-403. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104785>

Jiménez, A., Rojas, R., Aguilar, C., & Hernandez, M. (2019). Diabetes Mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud Pública México*, 137-142. Recuperado el 13 de diciembre del 2023, en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800010

López, M., González, E., Kuri, P., & Velasco, M. (2019). Prevención y control de la diabetes mellitus 2013- 2019. Ciudad de México. Recuperado el 12 de diciembre del 2023, en http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionControlDiabetesMellitus2013_2018.pdf

Villasana Arreguín, Laura Margarita, Hernández García, Patricia, & Ramírez Flores, Élfego. (2021). La gestión del conocimiento, pasado, presente y futuro. Una revisión de la literatura. *Trascender, contabilidad y gestión*, 6(18), 53-78. Epub 22 de noviembre de 2021. <https://doi.org/10.36791/tcg.v0i18.128>

Moreno, L., García, J., Soto, G., Capraro, S., & Limón, D. (2019). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Elsevier*, 114-123. Recuperado el 13 de diciembre del 2023, en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185106314000067>

Normas Oficiales Mexicanas. NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención tratamiento y control de la diabetes mellitus. (23 de noviembre de 2010). Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas>

8. ANEXOS

Anexo 1. Encuesta aplicada a los participantes antes y después de la intervención

1.- ¿Qué es la enfermedad Diabetes Mellitus?

- a) Es una enfermedad con altas cantidades de azúcar en el cuerpo.
- b) Es una enfermedad con altas cantidades de proteínas en el cuerpo.
- c) Es una enfermedad con altas cantidades de agua en el cuerpo.
- d) No sabe/ no contesta.

2.- ¿Cuáles son los factores de riesgo para padecer Diabetes Mellitus?

- a) Obesidad, no hacer actividad física, tabaquismo, familiares con esta enfermedad.
- b) Ver televisión 2 veces a la semana.
- c) Dieta saludable, actividad física frecuente.
- d) no sabe/ no contesta.

3.- Una persona con Diabetes debe acudir al médico al menos:

- a) Cada 6 meses
- b) Cada 1 mes

- c) Cada año
- d) No sabe/no contesta.

4.- ¿Por qué es tan importante que usted consiga mantenerse en su peso ideal (no tener kilos de más)?

- a) Un peso adecuado facilita el control de la diabetes.
- b) El peso apropiado favorece la estética (“la buena figura”).
- c) Porque podrá realizar mejor sus actividades diarias.
- d) No sabe/no contesta.

5.- ¿Cuántas comidas al día debe hacer un diabético?

- a) Tres: desayuno, comida y cena.
- b) Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
- c) Comer siempre que tenga hambre.
- d) No sabe/no contesta.

6.- El ejercicio es importante en la diabetes porque:

- a) Fortalece la musculatura.
- b) Ayuda a quemar calorías para mantener el peso ideal.
- c) Disminuye el efecto de la insulina.
- d) No sabe/no contesta.

7.- Para conseguir un buen control de la enfermedad, todos los enfermos, deben seguir tres pilares:

- a) Dieta, ejercicio y medicamentos.
- b) Dieta, forma de vestir y acudir a consulta cada año
- c) Ejercicio, no ver televisión y dormirse temprano
- d) No sabe/no contesta.

8.- La insulina es:

- a) Un medicamento que siempre recibimos del exterior y sirve para bajar el azúcar (o glucosa) en la sangre.
- b) Una sustancia que eliminamos en la orina.
- c) Una sustancia que segregamos en el organismo (en el páncreas) para regular el azúcar (o glucosa) en la sangre.
- d) No sabe/no contesta.

9.- Usted debe cuidarse especialmente sus pies, ya que:

- a) Un largo tratamiento con insulina hace que se inflamen los huesos.
- b) Los pies planos se dan con frecuencia en la diabetes.
- c) Los diabéticos, con los años, pueden tener mala circulación en los pies (apareciendo lesiones sin darse cuenta).
- d) No sabe/no contesta.



10.- Una reacción de hipoglucemia (bajo nivel de azúcar, o glucosa, en sangre), puede ser causada por:

- a) Demasiada insulina o antidiabéticos orales (pastillas).
- b) Poca insulina o antidiabéticos orales.
- c) Poco ejercicio.
- d) No sabe/no contesta.

Anexo 2: Infografía mostrada a los participantes



Anexo 3. Narrativa sobre cada una de las clases impartidas por los autores, con el fin de explicar el contenido y las ideas claves.

Tema 1.- ¿Qué es salud y la dinámica de vida que se lleva con la enfermedad?

El primer tema se creó como una introducción para comprender el tema principal que es la DM2, inició con la presentación de los autores, con un agradecimiento a los participantes por ser parte del curso y se les enseñó la forma y fecha en que impartirán las sesiones. También se les dio a conocer el objetivo general del curso. El propósito de esta clase fue definir "qué es salud" y explicar que el "estar sano" depende del balance entre una estabilidad física, emocional y social y no específicamente a padecer un mal o una enfermedad; así como explicar el proceso que tienen que llevar las personas cuando se tiene una enfermedad crónica, que no es fácil, pero que se

cuenta con varios medios como grupos de apoyo, familiares, una atención médica y psicológica para poder llegar a la aceptación de la enfermedad, con el fin de iniciar las medidas necesarias para el cuidado de ésta. También la importancia de expresar las emociones en el transcurso de la dolencia, que no pedir ayuda es perjudicial y que se debe confiar en los profesionales de la salud que están para un beneficio de ellos.

Tema 2.- Aspectos generales de la diabetes mellitus tipo 2

En esta sesión se explicó que la DM2 consiste en tener mucha glucosa (azúcar) en la sangre de la persona que la padece, que cada órgano tiene una función dentro del cuerpo y en la DM2 el páncreas es el órgano más relacionado a la DM2 el cual deja de trabajar correctamente, se dijo que hay varios tipos de diabetes y que tienen un origen diferente, se dio un panorama general de la situación epidemiológica de la DM2 en el mundo y en México en el que son 11.5 millones de personas que la padecen. Que hay factores de riesgo en las personas que aumentan el riesgo de padecer la DM2 y que pueden ser prevenidos con el fin de que los participantes puedan identificarlos en ellos o en sus familiares.

Tema 3.- Signos y síntomas de dicha enfermedad

El tema tuvo como propósito mostrar en imágenes y al mismo tiempo explicar en forma cronológica cómo es que la evolución de la enfermedad tiene un inicio y que nuestro cuerpo nos puede dar señales que predisponen a los pacientes a padecer DM2 si no se actúa de forma adecuada, mostrando desde un niño sano que inicia con malos hábitos alimenticios (consumo de gaseosas y comidas altamente calóricas) y sedentarismo, que hará que este suba de peso, obtenga un perímetro abdominal excesivo y que la actividad física sea más complicada de realizar, siguiendo con la evolución de síntomas más notorios como acantosis nigricans (oscurecimiento de la piel del cuello), acro cordones (verrugas en el cuello), comezón y resequedad en la piel, cansancio, calambres musculares, hasta encontrar los síntomas típicos de un paciente con DM2

los cuales son pérdida de peso inexplicable, aumento del consumo de agua, aumento de las ganas de orinar, aumento en el consumo de los alimentos y visión borrosa.

Tema 4.- Diagnóstico y prevención de diabetes mellitus tipo 2

El tema inició con un breve resumen de la clase anterior, mencionando que una vez que existen síntomas, los pacientes acuden a una valoración médica en donde la mayoría son diagnosticados. Explicando que ante cualquier sospecha de DM2 el médico tendrá que hacer estudios de laboratorio para poder dar un diagnóstico certero de DM2. Se explicó qué estudios de laboratorio son útiles (medición de glucosa en sangre, hemoglobina glucosilada, curva de tolerancia a la glucosa) y que estos una vez obtenidos deben ser revisados por un personal médico capacitado para así poder iniciar un plan de tratamiento personalizado. También se comentó que grupo de personas sin síntomas típicos pueden ser candidatas a una valoración médica oportuna con el fin hacer un diagnóstico precoz.

Tema 5.- Tratamiento

El objetivo de explicar este tema fue que los participantes entendieran que el tratamiento de la enfermedad es personalizado y por ello deben tener un seguimiento con un médico constantemente, se explicaron cuáles eran los beneficios de llevar un tratamiento adecuado, que parámetros aparte de la glucosa se deben cuidar(colesterol, triglicéridos, presión arterial, circunferencia abdominal), explicar que este en un tratamiento escalonado y dependiendo de la gravedad del paciente será lo riguroso el tratamiento, se explicó que todos deben llevar un tratamiento no farmacológico (cambios en los hábitos alimenticios, ejercicio) y en los que no sea suficiente tendrán que llevar un tratamiento farmacológico (pastillas, inyecciones). También se explicaron recomendaciones sobre cómo llevar un buen auto monitoreo de la enfermedad y con qué aparatos debe contar el paciente (glucómetro, báscula, cinta métrica).

Tema 6.- Complicaciones y recomendaciones para un mejor autocuidado y un buen control de la

diabetes mellitus tipo 2

Tratando de seguir la evolución de la enfermedad el último tema se centró en explicar las principales complicaciones crónicas (retinopatía, nefropatía, neuropatía, infarto, derrame cerebral y pie diabético) y agudas (hipoglucemia) de la DM2, las cuales resultan de un mal control de la enfermedad por un largo periodo, se explicó cómo identificar o sospechar cada una de ellas, cuál era el manejo médico y en su peor pronóstico las secuelas de ello, así como lo más importante las indicaciones de cómo evitar cada una de estas complicaciones por el paciente.

Anexo 4. Firmas de las autoridades. (Jefa de enseñanza jurisdiccional de Tláhuac, Directora de C.S. T-II San José Tláhuac, y Coordinadora de enfermería de la unidad).

HOJA DE FIRMAS

DIAGNÓSTICO DE SALUD O PROYECTO DE INTERVENCIÓN O TRABAJO FINAL

TÍTULO PROYECTO DE INTERVENCIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL JURISDICCIÓN SANITARIA TLÁHUAC Oficina de Enseñanza, Capacitación e Investigación

Dra. Ariana E. González Ordoñez



Médico Cirujano Ced. Prof. 4915851

JEFE DE UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA (NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD)

RESPONSABLE DE ENSEÑANZA (NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL ÁREA)

[Signature]

TUTOR (NOMBRE, FIRMA)

[Signature]

PASANTE DE SERVICIO SOCIAL (NOMBRE COMPLETO, CARRERA FIRMA)



NOTA: LOS NOMBRES Y FIRMAS DE LAS PERSONAS INDICADAS DEBERÁN IR A PUÑO Y LETRA DE LA AUTORIDAD Y PASANTE