



**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD**

**LICENCIATURA EN MEDICINA**

**FACTORES QUE INCIDEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE  
LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNOS DEPRESIVOS  
MAYORES EN LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE SAN MARTÍN CUAUTLALPAN EN  
EL MUNICIPIO DE CHALCO DE DÍAZ COVARRUBIAS, ESTADO DE MÉXICO**

**M.P.S.S. SOLÍS ARANDA MARÍA TERESA**

**MATRÍCULA: 2152033060**

**ASESOR: DR. ALEJANDRO ALONSO ALTAMIRANO**

**AGOSTO DE 2021**

**CAPITULO I FACTORES QUE INCIDEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNOS DEPRESIVOS MAYORES EN LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE SAN MARTÍN CUAUTLALPAN EN EL MUNICIPIO DE CHALCO DE DÍAZ COVARRUBIAS, ESTADO DE MÉXICO.**

7

Título 7

1.1 Planteamiento del problema 7

1.2 Justificación 7

1.3 Marco teórico 7

1.4 Objetivo general 19

1.5 Objetivos específicos 19

1.6 Hipótesis 19

1.7 Metodología 19

1.7.1 Tipo de estudio 19

1.7.2 Población, criterios de inclusión, de exclusión 20

1.7.3 Variables 20

1.7.4 Definición operacional 20

1.7.5 Material y métodos 20

1.8 Resultados: cuadros y gráficas 22

1.9 Análisis de resultados 25

1.10 Conclusiones de la investigación 30

1.11 Bibliografía 32

1.12 Anexos 34

**CAPITULO II DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN** 38

1. Datos históricos 38

2. Geografía local 39

2.1 Localización 40

2.2 Orografía 40

|  |    |
|--|----|
| 2.3 Hidrografía                                    | 40 |
| 2.4 Clima  | 41 |
| 2.5 Flora  | 41 |
| 2.6 Fauna  | 42 |
| 2.7 Mapas  | 42 |
| 2.7.1 Mapa del estado                              | 42 |
| 2.7.2 Mapa del municipio o delegación              | 43 |
| 2.7.3 Mapas de características geográficas         | 43 |
| 2.7.4 Croquis de la comunidad o zona               | 44 |
| <br>   |    |
| 3. Indicadores demográficos y estadísticas vitales | 44 |
| 3.1 Población total                                | 44 |
| 3.2 Población y seguridad Social                   | 44 |
| 3.3 Densidad de población                          | 44 |
| 3.4 Población por localidad o delegación           | 45 |
| <br>   |    |
| 3.5 Índice de envejecimiento                       | 45 |
| 3.6 Migración                                      | 45 |
| 3.7 Tasa de Natalidad                              | 46 |
| 3.8 Tasa de fecundidad                             | 46 |
| <br>   |    |
| 4. Indicadores Sociales                            | 46 |
| 4.1 Educación                                      | 46 |
| 4.2 Grupos Vulnerables                             | 47 |
| <br>   |    |
| 4.3 Vivienda                                       | 48 |
| 4.3.1 Organización familiar                        | 48 |
| 4.3.2 Disponibilidad de Agua                       | 48 |
| 4.3.3 Eliminación de excretas                      | 48 |
| 4.3.4 Eliminación de basura                        | 48 |
| <br>   |    |
| 4.4 Vías de Comunicación                           | 49 |
| 4.5 Medios de Comunicación                         | 49 |
| <br>   |    |
| 4.6 Nutrición                                      | 49 |
| 4.6.1 Alimentos más frecuentes                     | 49 |
| 4.6.2 Obtención de alimentos                       | 49 |

|  |           |
|--|-----------|
| 4.7 Economía   | 49        |
| 4.7.1 Población económicamente activa  | 50        |
| 4.8 Energía Eléctrica  | 50        |
| 4.9 Contaminantes ambientales  | 50        |
| 4.10 Religión  | 51        |
| 4.11 Servicios para el recreo comunitario  | 51        |
| 4.12 Hábitos y Costumbres  | 51        |
| 4.12.1 Fiestas Civiles y Religiosas mas Importantes  | 51        |
| 5. Daños a la salud  | 52        |
| 5.1 Mortalidad General   | 52        |
| 5.1.1 Mortalidad por grupos de edad y causas   | 53        |
| 5.1.2 Tasa de mortalidad   | 53        |
| 5.2 Morbilidad   | 53        |
| 5.2.1 Principales causas de morbilidad enfermedades transmisibles                                | 53        |
| 5.2.2 Principales causas de morbilidad enfermedades no transmisibles                             | 54        |
| 5.2.3 Brotes Epidemiológicos   | 54        |
| <b>CAPITULO III DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS</b> | <b>55</b> |
| 1. Recursos y Servicios de Salud   | 55        |
| 1.1 Infraestructura en Salud   | 55        |
| 1.2 Infraestructura de la Secretaria de salud  | 55        |
| 1.3 Programas de Salud   | 55        |
| Recursos Humanos   | 55        |
| <b>CAPITULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL</b>                                  | <b>57</b> |
| 1. Productividad   | 57        |
| 1.1 Consultas otorgadas  | 57        |
| 1.2 Planificación familiar   | 57        |
| 1.3 Control Nutricional por grupos de edad   | 57        |

|   |           |
|---|-----------|
| 1.4 Control de embarazo   | 57        |
| 1.5 Control de pacientes crónicos                                   | 58        |
| 1.6 Atención y detección de enfermedades Infecciosas                | 58        |
| 1.7 Inmunizaciones  | 59        |
| 1.8 Detección de Cáncer de mama y cervicouterino                    | 59        |
| <br>  |           |
| <b>CAPITULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL</b> | <b>60</b> |
| <br>  |           |
| 1. En relación a su formación como persona                          | 60        |
| 1.1 En relación a su formación profesional                          | 61        |
| 1.2 En relación a su aportación a la comunidad                      | 62        |
| 1.3 En relación con su institución educativa                        | 63        |

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud declara el día 10 de octubre el día mundial de la Salud mental que tiene por objetivo concientizar acerca de los problemas de salud mental en todo el mundo.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2017, una de cada diez personas mayores de 15 años (10,8%) ha sido diagnosticada de algún problema de salud mental. La ansiedad crónica afecta al 6,7% de la población. Si nos fijamos en los datos por sexo, esta afecta a un 9,2% de las mujeres y a un 4% de los hombres. Esto, sin contar la cantidad de casos sin diagnosticar ni los casos de ansiedad puntuales.

De acuerdo con el Barómetro juvenil de vida y salud, realizado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y la Fundación Mutua Madrileña, solo la mitad de los jóvenes que sienten síntomas de trastornos mentales acuden a un especialista. El mismo informe apunta que tres de cada 10 españoles de entre 15 y 29 años, más de dos millones de personas, aseguran haber sufrido algún síntoma de trastorno mental en el último año. En cuanto al diagnóstico que reciben una vez que acuden a algún médico, la depresión es el trastorno más habitual, seguido de otros como la ansiedad, pánico o fobias (11,2%) o de sueño (7,2%).<sup>1</sup>

La depresión provoca un nivel de angustia entre quienes la padecen que puede afectar su capacidad para realizar las tareas cotidianas, incluso las más simples. Daña en forma significativa las relaciones con la familia, los amigos y la participación en el mundo laboral, con el consiguiente impacto económico y social. Según la cantidad e intensidad de los síntomas, la depresión puede clasificarse como leve, moderada o grave. El riesgo extremo de la depresión es el suicidio. Se estima que 800 mil personas se suicidan anualmente. La depresión es, de hecho, la principal causa de discapacidad, lo cual genera una importante carga de morbilidad y mortalidad en los países y una presión adicional significativa para los sistemas de salud.

¿De qué manera enfrentar este problema? Como toda enfermedad, la atención a los trastornos como depresión y ansiedad depende no solo de la respuesta socialmente organizada, expresada en las modalidades específicas que dan los sistemas de salud en un momento determinado de su desarrollo, sino también de la representación social que los individuos y, por ende, la sociedad se hace de dichos trastornos, sus manifestaciones y consecuencias. En muchos países, quien sufre de un trastorno mental, sufre también un estigma social. Esto se da, en particular, en aquellos contextos en donde la presión por alcanzar el éxito en diferentes planos (social, económico, afectivo, laboral, estudios y otros), se conjuga con la promoción de roles sociales que sobrevaloran estereotipos

---

<sup>1</sup> (Cuajimalpa, 2021)

triunfalistas que entienden las enfermedades mentales, como una barrera al éxito y a la integración social.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> (Morales Fuheimann, 2017)

# **CAPÍTULO PRIMERO: FACTORES QUE INCIDEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNOS DEPRESIVOS MAYORES EN LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE SAN MARTÍN CUAUTLALPAN EN EL MUNICIPIO DE CHALCO DE DIAZ COVARRUBIAS, ESTADO DE MÉXICO.**

## **Planteamiento del problema:**

Durante la consulta médica brindada en el Centro de Atención Social ubicado en el poblado de San Martín Cuautlalpan se ha encontrado un alto índice de trastornos mentales, haciendo énfasis en ellos, los más prevalentes son el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor. Descubriendo un alto índice de recaídas que conllevan a disfunción ante la familia, así como ante la sociedad.

Con esto surge la idea de investigar a fondo la razón de la recurrencia de episodios de ansiedad, ataques de pánico y de depresión dentro de ésta población.

Abordar éste tema beneficiará a la calidad de vida de los pacientes que padecen éste tipo de trastornos y a las personas que los rodean.

## **Justificación:**

Durante las consultas médicas gratuitas brindadas a los habitantes de San Martín Cuautlalpan en el Centro de Atención Social, se ha diagnosticado un alto porcentaje de trastornos mentales; específicamente, trastornos de ansiedad generalizada y trastornos depresivos mayores.

Al brindar un tratamiento farmacológico para los casos nuevos, así como al interrogar sobre el tratamiento de aquellos pacientes con diagnóstico previo, se encontró altos índices de abandono del tratamiento farmacológico por motivos diversos, es por eso que conocer las causas de abandono de dicho tratamiento nos ayudará a planificar una estrategia adecuada para mejorar el apego terapéutico.

## **Marco teórico**

La importancia que tiene en la actualidad la salud mental es un asunto que ya no se pone en discusión. Por fortuna hay cada vez más evidencia de su incuestionable valor. Los reportes de los últimos años de la Organización Mundial de la Salud han arrojado datos aplastantes que colocan a los trastornos mentales como una de las entidades de mayor impacto en los sistemas de salud de todo el mundo.

En este documento estableceremos definiciones que nos ayudarán a entender más a fondo el trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada

## Trastorno Depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una de las enfermedades mentales más comunes, ya que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo. El trastorno depresivo mayor es etiológicamente complejo e incapacitante. Los factores genéticos juegan un papel en la etiología de la depresión mayor. Sin embargo, los estudios de gemelos idénticos han mostrado altas tasas de discordancia, lo que también indica mecanismos no genéticos. Por ejemplo, los eventos estresantes de la vida aumentan el riesgo de depresión. Los estresores ambientales también inducen cambios estables en la expresión génica dentro del cerebro que pueden conducir a una plasticidad neuronal desadaptativa en regiones implicadas en la patogénesis de la enfermedad. Los eventos epigenéticos alteran la estructura de la cromatina y, por lo tanto, modulan la expresión de genes que desempeñan un papel en la plasticidad neuronal, la respuesta conductual al estrés, las conductas depresivas y la respuesta a los antidepresivos.<sup>3</sup>

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad.<sup>4</sup>

Según el DSM-V se diagnostica si:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

---

<sup>3</sup> (Uchida S, 2018)

<sup>4</sup> (CENETEC, 2018)

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

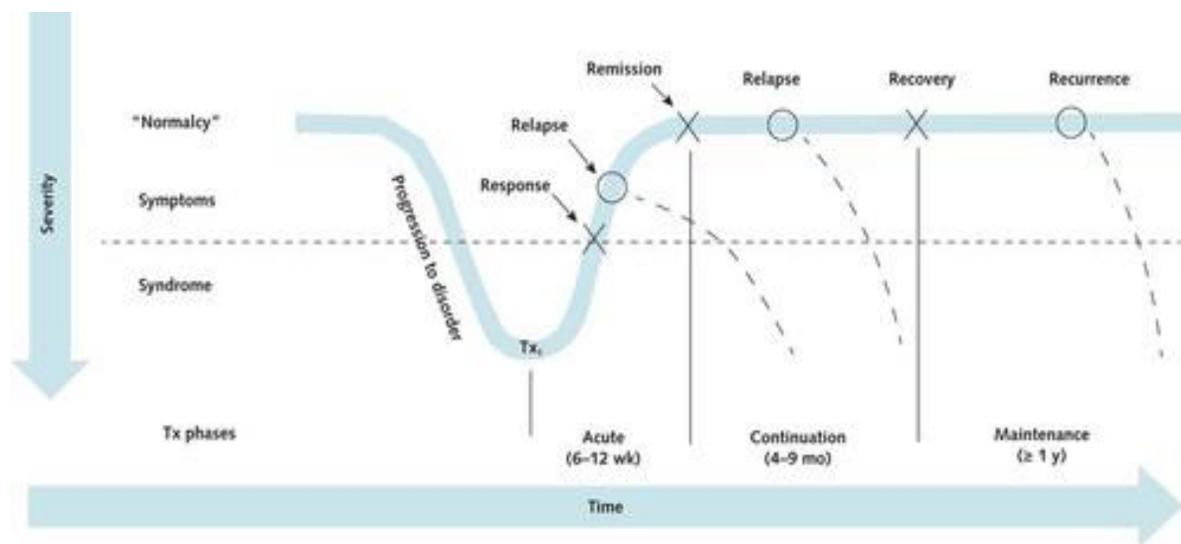
Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo

maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica<sup>5</sup>

El tratamiento de la depresión se puede caracterizar por 3 fases: aguda (6 a 12 semanas), continuación (4 a 9 meses) y mantenimiento ( $\geq 1$  año). La recaída se define como el regreso de los síntomas depresivos durante las fases agudas o de continuación y, por lo tanto, se considera parte del mismo episodio depresivo, mientras que la recurrencia se define como el regreso de los síntomas depresivos durante la fase de mantenimiento y se considera un episodio nuevo y distinto. La respuesta al tratamiento (normalmente definida como una reducción  $\geq 50\%$  en la gravedad medida) se puede cuantificar utilizando varias herramientas, la Escala de calificación de depresión de Hamilton (HAM-D).<sup>6</sup>



Se pueden utilizar varios enfoques de tratamiento para controlar el TDM, como la psicoterapia, la medicina complementaria y alternativa, el ejercicio y la farmacoterapia. Las intervenciones psicológicas utilizadas para tratar la depresión incluyen terapia de aceptación y compromiso, terapia cognitiva, terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia interpersonal y terapias psicodinámicas. Los tratamientos CAM incluyen acupuntura, meditación, ácidos grasos  $\omega$ -3, S-adenosil-L-metionina (SAME), hierba de San Juan y yoga. El ejercicio incluye una amplia gama de actividades que se pueden realizar para diferentes duraciones, en clases, individualmente o en grupos informales. Para la terapia farmacológica, el alcance de esta guía se limita a los antidepresivos de segunda generación (SGA) (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina). Los antidepresivos de primera generación (antidepresivos tricíclicos e inhibidores de

<sup>5</sup> (Psychiatry, Criterios diagnosticos DSM-5, 2014)

<sup>6</sup> (Gartlehner G, 2015)

la monoaminooxidasa) se usan muy raramente porque los SGA tienen menor toxicidad en sobredosis que los antidepresivos de primera generación y una eficacia similar.<sup>7</sup>

### Trastorno de ansiedad generalizada

La prevalencia del trastorno de ansiedad a nivel mundial oscila del 3.8 al 25%. En México, en áreas urbanas es del 5.7% y en áreas rurales del 4.9%. El riesgo de desarrollar TAG en personas mayores es superior en mujeres con respecto a los hombres. La posibilidad de presentar un trastorno de ansiedad disminuye en un 40% después de los 75 años y en un 47% después de los 80 años.<sup>8 9</sup>

Todo el mundo experimenta ansiedad, que se caracteriza la mayoría de las veces por una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, a menudo acompañada de síntomas vegetativos como cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud, y que se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante mucho tiempo. La constelación concreta de síntomas presentes durante la ansiedad tiende a variar entre los individuos.<sup>10</sup>

La ansiedad es una señal de alerta; advierte de un peligro inminente y permite al individuo adoptar medidas para afrontar una amenaza. El miedo es una señal de alerta análoga, pero debe diferenciarse de la ansiedad: el primero es una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva; la segunda es una respuesta a una amenaza desconocida, interna, vaga o conflictiva.

La percepción de un acontecimiento como estresante depende de la naturaleza del acontecimiento y de los recursos del individuo, sus defensas psicológicas y sus mecanismos de afrontamiento. Todos implican al yo, una abstracción colectiva del proceso en virtud del cual un individuo percibe, piensa y actúa según los acontecimientos externos o los impulsos internos. Un individuo cuyo yo funciona adecuadamente está en equilibrio adaptativo con los mundos externo e interno; si no funciona y el desequilibrio resultante se prolonga lo suficiente, el individuo experimenta una ansiedad crónica. Si el desequilibrio es externo, entre las presiones del mundo exterior y el yo del individuo, o interno, entre los impulsos del individuo (p. ej., impulsos agresivos, sexuales y de dependencia) y la conciencia, el desequilibrio produce un conflicto. Los conflictos con causas externas suelen ser interpersonales, mientras que los que tienen una causa interna son intrapsíquicos o intrapersonales. Es posible que se produzca una combinación de ambos, como en los trabajadores cuyo superior jerárquico es excesivamente exigente y crítico, y les suscita impulsos que deben controlar por miedo a perder el empleo. Los conflictos interpersonales e intrapsíquicos, de hecho, están íntimamente

---

<sup>7</sup> (Qaseem A, 2016)

<sup>8</sup> (Remes O, 2016)

<sup>9</sup> (Canuto A, 2018)

<sup>10</sup> (Grenier S, 2019)

entretejidos. Puesto que los seres humanos son sociales, sus principales conflictos suelen darse con otros individuos.

Las teorías existenciales de la ansiedad facilitan modelos para la ansiedad generalizada en los que no hay estímulos específicamente identificables para una sensación de ansiedad crónica. El concepto esencial de la teoría existencial es que los individuos experimentan sentimientos de vivir en un universo sin sentido. La ansiedad es su respuesta al vacío que perciben en la existencia y en el sentido. Las preocupaciones existenciales pueden haber aumentado desde el desarrollo de las armas nucleares y el terrorismo biológico.

Los estudios genéticos han generado sólidas evidencias de que al menos algunos elementos genéticos contribuyen al desarrollo de los trastornos de ansiedad. Se ha reconocido que la herencia es un factor que predispone al desarrollo de estos trastornos. Casi la mitad de los pacientes con un trastorno de pánico cuentan al menos con un familiar afectado.

En un estudio se atribuyó aproximadamente el 4% de la variabilidad intrínseca de la ansiedad en la población general a una variante polimórfica del gen del transportador de la serotonina, que es la diana de acción de muchos fármacos serotoninérgicos. Los individuos con la variante producen menos transportador y presentan niveles superiores de ansiedad.<sup>11</sup>

Los factores de riesgo asociados a ansiedad en la persona mayor son:

- Sexo femenino.
- Enfermedades crónico-degenerativas.
- Vivir solo, viudo o divorciado.
- Baja escolaridad.
- Eventos estresantes a lo largo de la vida.
- Limitación física en actividades de la vida diaria<sup>12</sup>

Dentro de la evaluación inicial de un paciente con sospecha de TAG se recomienda evaluar los siguientes aspectos:

1. Historia clínica detallada que incluya: factores de riesgo, presentación de los síntomas, duración y progresión de la enfermedad.
2. Examen físico y mental.
3. Comorbilidad: cardiopatía, depresión, endocrinológicas, cáncer, enfermedad Parkinson,

---

<sup>11</sup> (Sadock Benjamin, 2015)

<sup>12</sup> (Wolitzky-Taylor, 2010)

autoinmunes, entre otras.

#### 4. Medicamentos que pueden desencadenar ansiedad.<sup>13</sup>

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por angustia y preocupación excesiva por una serie de eventos y actividades que suceden alrededor de la persona que la padece, la preocupación y la ansiedad son difíciles de controlar y están asociadas a 3 de los siguientes síntomas que ocurren la mayoría de los días y por al menos 6 meses:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej. ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos

---

<sup>13</sup> (IMSS, 2019)

traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.<sup>5</sup>

El tratamiento del TAG y otros trastornos de ansiedad en niños y adultos con frecuencia consiste en psicoterapia y farmacoterapia. De hecho, numerosos estudios sugieren que la psicoterapia concurrente amplifica los beneficios de la farmacoterapia (p. Ej., Sertralina, fluoxetina, etc.). Además, los enfoques multimodales (p532 . Ej., Psicoterapia y farmacoterapia) pueden dirigirse de manera diferencial a síntomas específicos (p. Ej., Cognitivos frente a somáticos) y la adición de psicoterapia aumenta la adherencia al tratamiento y disminuye los efectos secundarios informados de la farmacoterapia.<sup>14</sup>

La literatura existente sugiere que existen múltiples clases de medicamentos disponibles para los médicos que tratan el TAG en niños, adolescentes y adultos. En conjunto, estos medicamentos comprenden un arsenal farmacológico en lugar de una lista intercambiable, aunque las pautas y la evidencia sugieren que, en todos los grupos de edad, los ISRS deben considerarse intervenciones de primera línea. Además, las pautas para el tratamiento del TAG en adultos, incluidas las pautas canadienses y estadounidenses, así como las recomendaciones del Grupo Internacional de Algoritmos de Psicofarmacología, son generalmente convergentes con respecto a las farmacoterapias de segunda línea. Sin embargo, las recomendaciones del International Psychopharmacology Algorithm Group para el TAG también señalan la importancia de la comorbilidad para guiar la selección del tratamiento (p. Ej., Estabilizador del estado de ánimo adjunto en un paciente con trastorno bipolar + TAG, hipnótico GABAérgico no benzodiazepínico o benzodiazepina o trazadona en un paciente con TAG e insomnio prominente). En última instancia, la elección de la medicación para el tratamiento del TAG se basará en numerosas consideraciones individuales del paciente, incluidos los síntomas diana, la edad del paciente, las comorbilidades, los genotipos de las enzimas CYP450 y otros polimorfismos genéticos de relevancia clínica. Por último, independientemente del tratamiento, ya sea psicofarmacológico, psicoterapéutico o una combinación, la respuesta temprana al tratamiento y la remisión deben ser el objetivo más importante. En este sentido, grandes estudios prospectivos de pacientes con TAG encuentran consistentemente que la respuesta temprana al tratamiento es un predictor significativo de remisión a largo plazo y mejora funcional general.<sup>15 16</sup>

---

<sup>14</sup> (Strawn JR, 2018)

<sup>15</sup> (Orsolini L, 2016)

<sup>16</sup> (Ressler KJ, 2017)

## Conciencia de la Enfermedad (Insigth) y Apego al Tratamiento

Este aspecto de la conducta ha sido estudiado ampliamente en psiquiatría debido a su impacto en el tratamiento y el pronóstico de las enfermedades mentales. El termino insight fue definido inicialmente como un concepto más bien dicotómico: o se tenía o no se tenía. Pero actualmente, más que como un modelo categórico, se entiende como un concepto multidimensional y continuo. Se puede definir como la falta de conciencia de tener signos y síntomas específicos, o la ignorancia de las consecuencias que puede traer el trastorno y la falta de acuerdo con el profesional en que debe ser indicado un tratamiento. <sup>17 18</sup>

Este concepto incluye cuatro dominios: conciencia general de la enfermedad, atribución de síntomas, conciencia de la necesidad de tratamiento, y conciencia de las consecuencias negativas de la enfermedad <sup>19</sup>

Hasta el momento se han desarrollado tres modelos etiológicos predominantes sobre el escaso insight en las psicosis. El primero de ellos forma parte de lo que llamamos el modelo “clínico”, que aborda el insight como un síntoma primario dentro del desarrollo de la enfermedad, como lo son las alucinaciones o los delirios. El segundo de ellos es el llamado “modelo neurocognitivo”, que propone que la falta de insight es la consecuencia de déficits neurocognitivos asociados a lesiones cerebrales, en concreto, a daños en los lóbulos frontales, así como en los parietales. La tercera teoría es la del “modelo psicológico de negación”, que considera la falta de insight como un mecanismo psicológico de defensa frente a las consecuencias negativas de la enfermedad y defiende que forma parte de una estrategia de afrontamiento frente al estrés. Se ha propuesto también una cuarta teoría, llamada de “la dimensión social”. En ella se sugiere que el nivel de insight de un individuo con psicosis está influido por su constructo social. Es decir, la forma en que un individuo entiende la enfermedad puede estar influida por las percepciones de la enfermedad mental y de su tratamiento que prevalecen en la cultura y el grupo social al que pertenece. <sup>18</sup>

En pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 se ha encontrado que el pobre control glucémico ocurre aun después de brindarse instrucciones en lo que concierne a dieta y ejercicio, e independientemente de los conocimientos de la enfermedad por el individuo. En un estudio, se encontró que las personas con mal control glucémico poseen mayor conocimiento acerca de lo que es la Diabetes Mellitus y un mejor entendimiento de los tratamientos disponibles comparado con personas con buen control glucémico <sup>19</sup>

El negar la enfermedad funciona como un protector en contra de los efectos psicológicos de una experiencia traumática o intolerable, permitiendo al individuo continuar con sus actividades diarias.

---

<sup>17</sup> (Martínez, 2019)

<sup>18</sup> (Andreu Pascual, 2018)

<sup>19</sup> (Kim, 2020)

Sin embargo, a largo plazo, puede conducir a consecuencias negativas que incluyen el no adquirir el conocimiento, habilidades, y actitudes necesarias para lidiar con la enfermedad y adherirse de forma adecuada a los cambios en el estilo de vida y tratamientos <sup>19</sup>

El concepto “Apego al tratamiento” se entiende a cómo el paciente ejecuta el tratamiento prescrito y a la persistencia de su realización adecuada durante el tiempo. Igualmente se define como el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario; incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida. <sup>20 21</sup>

Considerada como un fenómeno múltiple y complejo y refiriéndose al grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente. Por lo tanto, este término engloba responsabilidad de las “dos partes” (paciente y médico), donde resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear una adecuada comunicación que facilite la toma de decisiones compartidas.

La falta de adherencia toma lugar cuando se prescribe un nuevo tratamiento y su implementación, o durante la persistencia y se manifiesta por la dificultad para iniciar dicho tratamiento, abandono o no cumplirlo por completo, el no acudir a sus consultas e interconsultas, falta de modificaciones del estilo de vida, y/o seguimiento inadecuado de las recomendaciones; todas estas situaciones afectan el curso de la enfermedad. <sup>22</sup>

Entre los métodos más utilizados para medir la adherencia son el auto reporte, los datos de las reposiciones de farmacia, el test de Morisky-Green, el MEMS, la observación directa, el recuento de pastillas y los cuestionarios específicos de la enfermedad y cumplimiento de citas <sup>21</sup>

La OMS ha agrupado los factores que en mayor medida intervienen en la adherencia terapéutica:

- a) Factores socioeconómicos. Entre ellos están la pobreza, el acceso a la atención de salud y medicamentos, el analfabetismo, la provisión de redes de apoyo social efectivas y mecanismos para la prestación de servicios de salud que tengan en cuenta las creencias culturales acerca de la enfermedad y el tratamiento.
- b) Factores relacionados con el tratamiento. Como la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos terapéuticos anteriores, los cambios constantes en el tratamiento, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

---

<sup>20</sup> (López - Campos, 2019)

<sup>21</sup> (López - Romero, 2016)

<sup>22</sup> (Juan Ortega Cerda, 2018)

- c) Factores relacionados con el paciente. La falta de recursos, creencias religiosas, nivel escolar, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza en el médico, deseo de control, autoeficacia y salud mental.
- d) Factores relacionados con la enfermedad. La gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos, depresión asociada.
- e) Factores relacionados con el sistema o equipo de asistencia sanitaria. Centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado y con carga de trabajo excesiva que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud sin adecuada preparación, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento en enfermedades crónicas, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.<sup>22</sup>

## Estigmatización social en enfermedad mental

Estigma se define como un atributo o característica que es devaluada en un contexto social particular, modificando a una persona para reducir al individuo de una persona completa y habitual a una persona contaminada y desvalorada. Comprenden una gran variedad de atributos personales (ej. vejez, obesidad, depresión) así como diversos estados de salud e identidades (orientaciones sexuales minoritarias, discapacidades físicas, enfermedades crónicas). Se ha demostrado que varios atributos estigmatizados socavan la salud y el bienestar a través de una serie de mecanismos compartidos, tales como acceso restringido a recursos, aislamiento social, regulación mal adaptativa de las emociones y comportamientos o conductas combativas, además de alta exposición a estresores.<sup>23</sup>

La característica principal de este concepto es la coocurrencia de una serie de componentes:

- 1) Distinguir y etiquetar diferencias entre personas
- 2) Relacionar estas diferencias a estereotipos negativos
- 3) La separación entre “ellos” de “nosotros”
- 4) Desvaloración y discriminación

Varios autores concuerdan en que la mayoría de las ocasiones debe haber una diferencia de poder entre la persona estigmatizada y el estigmatizador. De igual manera, el estigma existe a diferentes niveles: Estigma individual se refiere al proceso psicológico en el cual el individuo responde ante los estigmas como auto estigmatización; estigma interpersonal se refiere a la interacción que ocurre entre el estigmatizado y el estigmatizador; el estigma estructural hace referencia a la restricción de oportunidades hacia los grupos de personas estigmatizados, por instancias legales o políticas institucionales. Finalmente se ha sugerido que la estigmatización es un proceso que parte de la falta o insuficiencia de conocimiento para lo que se estigmatiza.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> (Pachankis J. E., 2018)

<sup>24</sup> (Brouwers, 2020)

### Objetivo general:

Identificar los factores que contribuyen al abandono del tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad generalizada y trastornos depresivos mayores de los pobladores de San Martín Cuautlalpan

### Objetivos específicos:

1. Diagnosticar nuevos casos de trastornos de ansiedad generalizada y trastornos depresivos mayores que asistan a la consulta médica en el Centro de Atención Social en San Martín Cuautlalpan.
2. Monitorear a pacientes con diagnóstico previo de trastornos de ansiedad generalizada y trastornos depresivos mayores que asistan a la consulta médica en el Centro de Atención Social en San Martín Cuautlalpan.
3. Interrogar sobre los motivos de abandono del tratamiento farmacológico a los pacientes con trastornos de ansiedad generalizada y trastornos depresivos mayores que asistan a la consulta médica en el Centro de Atención Social en San Martín Cuautlalpan.
4. Incentivar a los pacientes con diagnóstico de trastornos de ansiedad generalizada y trastornos depresivos mayores por medio de pláticas y consejería durante la consulta médica a retomar el tratamiento farmacológico a aquellos que refieran abandono del mismo.

### Hipótesis

Los factores de abandono al tratamiento farmacológico de los pacientes con diagnóstico de trastornos de ansiedad generalizada son distintos a los factores de abandono al tratamiento farmacológico de los pacientes con diagnóstico de trastornos depresivos mayores.

### Metodología

Criterios de inclusión:

- Edad entre 18 años y 80 años de ambos sexos
- Puntuación mayor o igual a 8 en la escala de depresión de Hamilton.
- Puntuación mayor o igual a 6 en la escala de ansiedad de Hamilton.
- Puntuación mayor o igual a 14 en la escala de depresión de Beck
- Cumplir con los criterios establecidos según DSM V y CIE 10.
- Diagnóstico previo de trastornos de ansiedad generalizada y trastornos depresivos mayores

Criterios de exclusión:

- Edad menor a 18 años o mayor a 80 años
- Presentar otro tipo de trastornos mentales
- Puntuación menor a 8 en la escala de depresión de Hamilton.
- Puntuación menor a 6 en la escala de ansiedad de Hamilton.
- Puntuación menor a 14 en la escala de depresión de Beck

### Variables

Variable Independiente: Factores Socioeconómicos, Falta de Conciencia de la Enfermedad, Estigmatización Social, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Depresivo Mayor

Variable Dependiente: Consultas establecidas Completas, Consultas establecidas Incompletas

### Definición operacional

Se consideró abandono de tratamiento cuando los pacientes que fueron diagnosticados con algún tipo de trastorno no completaron el proceso de atención no asistiendo a cualquiera de las consultas establecidas, así como aquellos que asistieron a las consultas establecidas aún sin la toma del tratamiento farmacológico. Los pacientes que no asistieron fueron localizados por vía telefónica.

### Materiales y Métodos

Se realizó un estudio transversal, observacional, intervencionista, durante el periodo de septiembre del 2020 a Julio del 2021 en la localidad de San Martín Cuautlalpan del municipio de Chalco de Díaz Covarrubias en el Estado de México; donde se brindó consulta gratuita a dicha localidad en el Centro de Atención Social.

Durante la consulta médica se logró diagnosticar, a partir de los criterios diagnósticos del CIE-10 y DSM-V, e incluir al estudio a 120 pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos, bajo consentimiento informado, en diferentes momentos del tiempo de duración del estudio. La planeación de las consultas fue la siguiente:

1ra Consulta (Día 0): Identificación del paciente y patología/trastorno, factores de riesgo, dar inicio de tratamiento. Referir a psicología

2da Consulta (Semana 2): Seguimiento del tratamiento y ajuste de dosis, búsqueda de efectos adversos, interrogar uso del medicamento e identificar factores de abandono de tratamiento, otorgar material para mayor entendimiento de la enfermedad.

3ra Consulta (Semana 4): Seguimiento del tratamiento y ajuste de dosis, esclarecer dudas y asociaciones negativas hacia el medicamento.

4ta Consulta (Semana 8): Recopilar resultados “¿Generó apego?”, ¿Abandonó el tratamiento?”, “¿Qué lo motivó a abandonar el tratamiento?”. En caso de entrar en la categoría de apego “Bueno” se citará dentro de 1 mes; en caso de entrar en las categorías de “Ninguno” y “Poco” se citará en 1 semana y así consecutivamente hasta obtener un apego de categoría “Bueno”.

Se les realizaran llamadas telefónicas a los números de contacto brindados en la primera consulta de atención para indagar los motivos de inasistencia.

El apego al tratamiento se estadificó en tres categorías: a) Ninguno: sin ninguna toma del medicamento; b) Poco: toma del medicamento de forma irregular durante el último mes; y c) Bueno: toma adecuada y de forma regular del medicamento durante el último mes.

Para la revisión bibliográfica se consultaron libros de texto especializados, Guías de Práctica Clínica emitidas por la CENETEC, otras guías de órganos internacionales (OMS), así como motores de búsqueda de revistas indexadas (PubMed, Scielo, Medline) con la estrategia de búsqueda con las palabras clave: “depresión mayor”, “ansiedad generalizada”, “depresión mayor AND socioeconómico”, “depresión mayor AND tratamiento”, “depresión mayor AND diagnóstico”, “ansiedad generalizada AND diagnóstico”, “ansiedad generalizada AND tratamiento”, ansiedad generalizada AND socioeconómico”, “conciencia AND enfermedad”, “apego tratamiento”, “apego tratamiento AND ansiedad generalizada”, “apego tratamiento AND depresión mayor”.

Resultados: cuadros y gráficas:

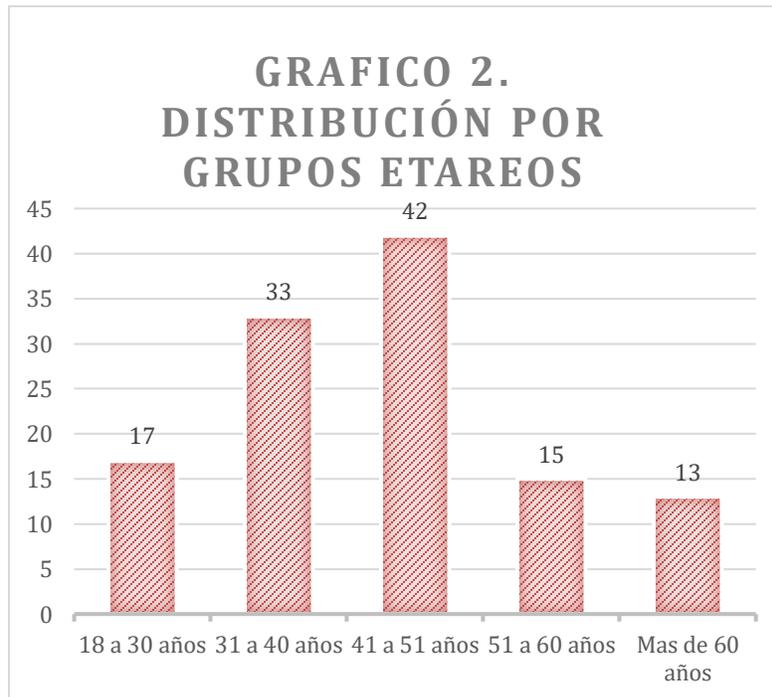
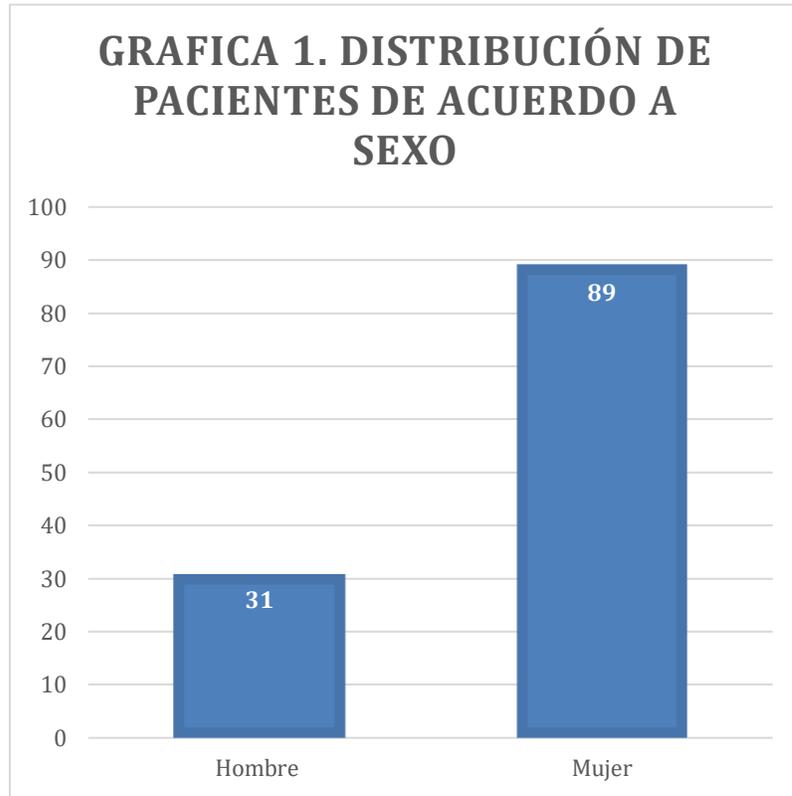


Tabla 1. Distribución por sexo en Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Depresivo Mayor

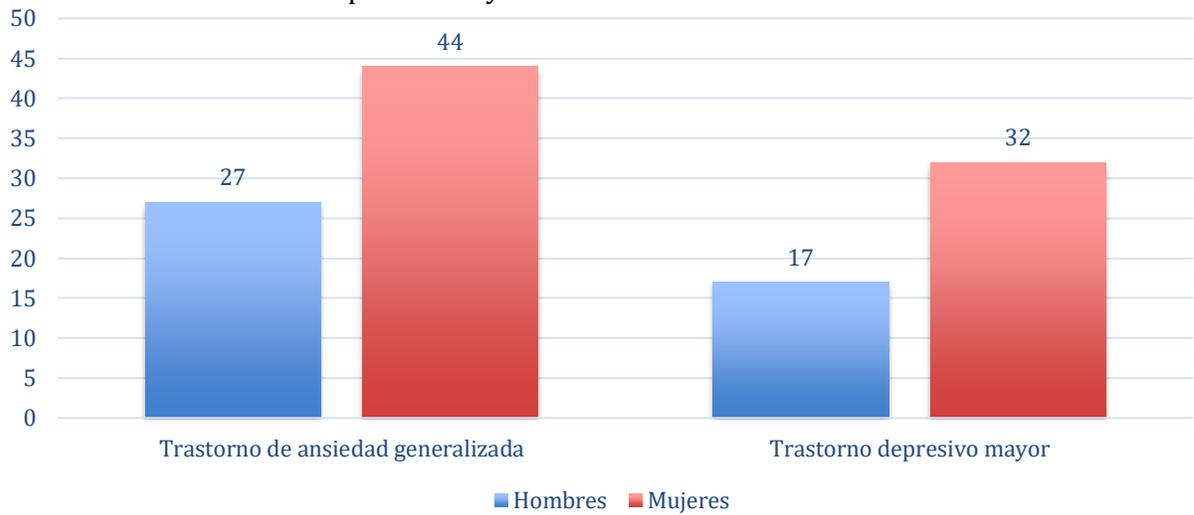


Tabla 2. Distribución de pacientes en relación al apego al tratamiento. 2da consulta.

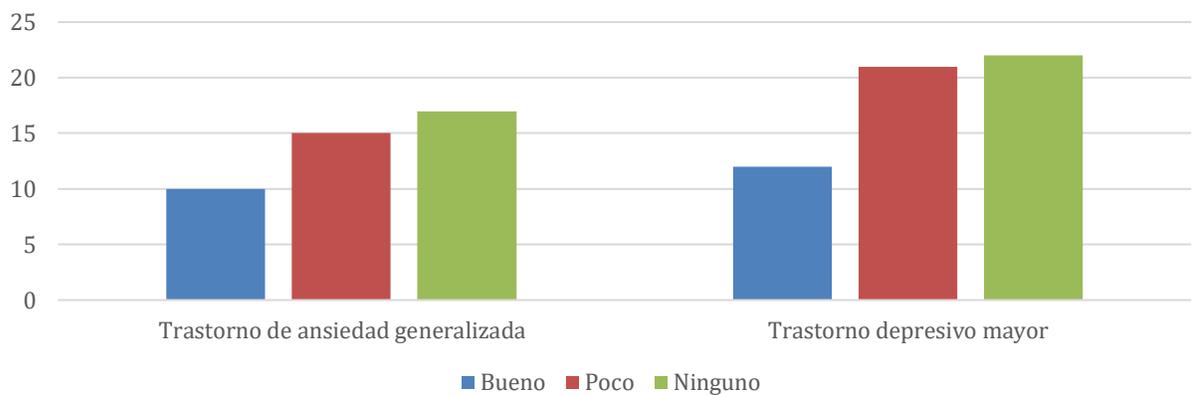
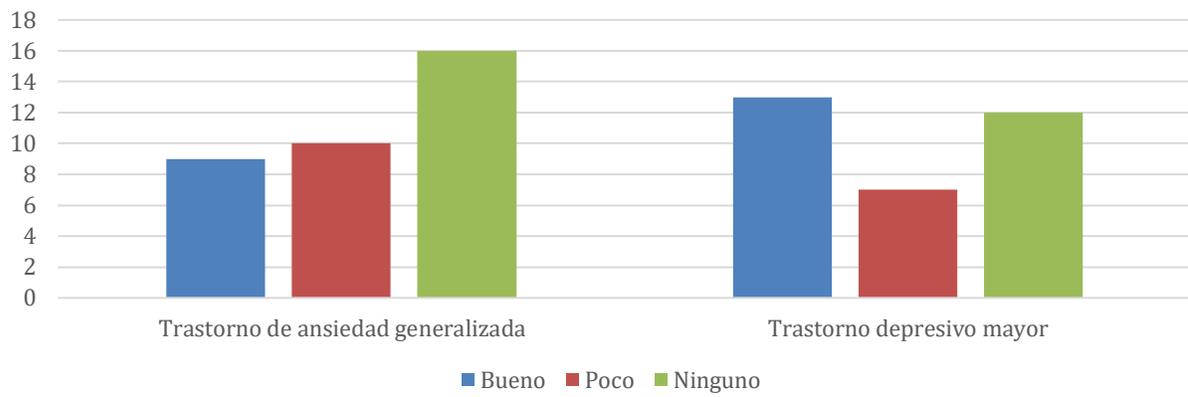


Tabla 3. Distribución de pacientes en relación al apego al tratamiento. 4ta consulta.



## Análisis de resultados

De los 120 pacientes que se incluyeron en el estudio 89 (74.16%) fueron mujeres y 31 (25.84%) fueron hombres. (Gráfica 1) Los grupos de edad se registraron de la siguiente forma: a) 18 a 30 años (17 pacientes, 15%); b) 31 a 40 años (33 pacientes, 27.5%); c) 41 a 50 años (42 pacientes, 35%); d) 51 a 60 años (15 pacientes, 12.5%); y e) 61 a 80 años (13 pacientes, 10%). (Gráfica 2)

Durante el periodo en que se realizó el estudio se registraron 71 pacientes (59.1%) con algún diagnóstico del grupo de trastorno de ansiedad generalizada, mientras que 49 pacientes (40.9%) se diagnosticaron con algún trastorno dentro del grupo de depresión mayor. La distribución por sexo resulto similar para ambos trastornos. El 62% (44 pacientes) fueron mujeres y el 38% (27 pacientes) hombres para el grupo de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada; en el grupo de pacientes con trastorno depresivo mayor el 65% (32 pacientes) fueron mujeres y el 35% (17 pacientes) hombres. (Tabla 1)

El seguimiento por paciente fue de forma irregular en la mayoría de los pacientes. Al menos cada paciente recibió 4 consultas de base a intervalos ya establecidos, el resto fueron establecidas mediante el criterio del médico tratante y de la permanencia del paciente.

Los resultados en relación al apego al tratamiento obtenidos en la segunda consulta de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada fueron; “Ninguno” un 40.47% (17 pacientes), “Poco” 35.71% (15 pacientes) y “Bueno” 23.8% (10 pacientes); los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor obtuvieron: “Ninguno” 19.52% (8 pacientes), “Poco” 51.21% (21 pacientes) y “Bueno” 29.27% (12 pacientes). (Tabla 2)

Dentro de los resultados en relación al apego al tratamiento obtenidos en la cuarta consulta de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada se encontró que 3 pacientes pasaron de un grado de apego “Ninguno” a “Poco”; del grado de apego “Poco” 5 pacientes pasaron a grado “Ninguno” refiriendo 2 de ellos por no querer generar adicción al medicamento, 2 por no tener recursos económicos para la obtención de medicamento y 1 porque familiares le decían que no estaba “loco” para tomar medicamentos psiquiátricos; 2 pacientes a grado “Bueno”; 2 pacientes pasaron de un grado de apego “Bueno” a “Ninguno”, refiriendo dificultades para la obtención del medicamento. Obteniendo así los siguientes resultados: “Ninguno” un 45.71% (16 pacientes), “Poco” 28.57% (10 pacientes) y “Bueno” 25.71% (9 pacientes). (Tabla 3)

Dentro de los resultados en relación al apego al tratamiento obtenidos en la cuarta consulta de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor se encontró que 6 pacientes pasaron de un grado “Poco” a grado “Ninguno”, 2 de ellos refiriendo que familiares les comentaron que la depresión no existe, 4 de ellos refiriendo no tener solvencia económica; y 1 de “Poco” al grado “Bueno”. Obteniendo así los siguientes resultados: “Ninguno” 37.5% (12 pacientes), “Poco” 21.87% (7 pacientes) y “Bueno” 40.62% (13 pacientes). (Tabla 3)

En la segunda consulta se registraron 37 pacientes que no se presentaron, 8 pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (16.32%) y 29 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (40.84%); 83 pacientes si se presentaron, 41 pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (83.67%) y 42 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (59.15%). Para la cuarta consulta se registraron 16 pacientes que no acudieron, 9 pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (18.36%) y 7 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (9.85%). 53 pacientes (44.16%) en total no completaron las consultas establecidas, 17 pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (34.7%) y 36 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (50.7%)

Al término del estudio 67 pacientes asistieron a las 4 consultas establecidas, 32 pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (65.3%) y 35 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (49.3%).

Se realizaron llamadas telefónicas a los 53 pacientes que dejaron de asistir a las consultas establecidas, se localizó a 16 pacientes (30.18%), 5 pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (10.2%) y 11 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (15.5%), a quienes se les recabó información sobre los motivos de inasistencia. Pacientes con Trastorno Depresivo Mayor: 2 pacientes refirieron no contar con los recursos para la obtención del medicamento, 2 pacientes refirieron dificultades para acudir a las consultas y 1 paciente refirió negar padecer el diagnóstico; pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada: 5 pacientes refirieron no requerir tratamiento por mejoría, 4 pacientes refirieron negar padecer el diagnóstico, mientras que 2 pacientes refirieron dificultades para acudir a las consultas.

Los motivos encontrados para el abandono del tratamiento, recabados de los 29 pacientes (24.16%) que al inicio del estudio tenían un apego al tratamiento farmacológico clasificado como "Bueno" o "Poco" y para la cuarta consulta tuvieron un apego clasificado como "Ninguno", fueron factores socioeconómicos en mayor medida con 14 pacientes, 12 pacientes lo abandonaron por motivos relacionados con la falta de conciencia de la enfermedad, mientras que 3 pacientes abandonaron el tratamiento por motivos relacionados con estigmatización social negativa.

Para el análisis de los datos se comparó a los sujetos que abandonan el tratamiento farmacológico y continuaron en las consultas médicas establecidas entre aquellos que no continuaron con las consultas médicas establecidas, realizando una serie de análisis bivariados. Se utilizó la prueba de  $X^2$  para explorar la asociación entre las variables categóricas nominales y el abandono del tratamiento.

Se analizó la asociación entre los grupos de Trastorno de Ansiedad Generalizada y el grupo de Trastorno Depresivo Mayor que abandonaron el tratamiento farmacológico en relación con la asistencia a las consultas médicas establecidas. Encontramos que no hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, por lo que afirmamos que no hay diferencias en la asistencia a las consultas, estos grupos aun abandonan el tratamiento farmacológico asistan o no a sus consultas de control.

|                               |     | Consultas |        |       |
|-------------------------------|-----|-----------|--------|-------|
| Conteo                        |     | Compl     | Incom  |       |
| % total                       |     | etas      | pletas |       |
| Ji <sup>2</sup> para la celda |     |           |        |       |
| Trastorno mental              | TAG | 7         | 11     | 18    |
|                               |     | 24.14     | 37.93  | 62.07 |
|                               |     | 0.1416    | 0.1151 |       |
| TDM                           |     | 6         | 5      | 11    |
|                               |     | 20.69     | 17.24  | 37.93 |
|                               |     | 0.2317    | 0.1883 |       |
|                               |     | 13        | 16     | 29    |
|                               |     | 44.83     | 55.17  |       |

| Prueba                 | Ji cuadrado | Prob > Ji cuadrado |
|------------------------|-------------|--------------------|
| Razón de verosimilitud | 0.676       | 0.4108             |
| Pearson                | 0.677       | 0.4107             |

Cuadro 1. Asociación entre los grupos de Trastorno de Ansiedad Generalizada y el grupo de Trastorno Depresivo Mayor que abandonaron el tratamiento farmacológico en relación con la asistencia a las consultas médicas establecidas

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en relación al factor de abandono del tratamiento farmacológico, siendo entre estas el factor socioeconómico el más prevalente entre el grupo de Trastorno Depresivo Mayor, mientras que en el grupo de Trastorno de Ansiedad Generalizada la Falta de conciencia de la Enfermedad es el más prevalente. Con esto aceptamos la hipótesis ya que ambos grupos poseen factores distintos.

|                  |                               | Factor de abandono |              |               |  |
|------------------|-------------------------------|--------------------|--------------|---------------|--|
| Trastorno mental | Conteo                        | Estigmatizacio     | Factor       | Falta de      |  |
|                  | % total                       | n Social           | Socioeconómi | Conciencia de |  |
|                  | Ji <sup>2</sup> para la celda |                    | co           | Enfermedad    |  |
| TAG              | 1                             | 6                  | 11           | 18            |  |
|                  | 3.45                          | 20.69              | 37.93        | 62.07         |  |
|                  | 0.3991                        | 0.8325             | 1.6936       |               |  |
| TDM              | 2                             | 8                  | 1            | 11            |  |
|                  | 6.90                          | 27.59              | 3.45         | 37.93         |  |
|                  | 0.6531                        | 1.3623             | 2.7714       |               |  |
|                  | 3                             | 14                 | 12           | 29            |  |
|                  | 10.34                         | 48.28              | 41.38        |               |  |

| Prueba                 | Ji cuadrado | Prob > Ji cuadrado |
|------------------------|-------------|--------------------|
| Razón de verosimilitud | 8.672       | 0.0131*            |
| Pearson                | 7.712       | 0.0212*            |

Cuadro 2. Asociación entre los grupos de Trastorno de Ansiedad Generalizada y el grupo de Trastorno Depresivo Mayor que abandonaron el tratamiento farmacológico en relación con el factor de abandono del tratamiento farmacológico

Encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes que abandonaron el tratamiento farmacológico y que asistieron a todas las consultas médicas establecidas con aquellos que no asistieron y abandonaron el tratamiento en relación a los factores de abandono referidos por ambos grupos. La mayoría de los pacientes que no asistieron a todas las consultas refirieron en mayor medida Falta de conciencia de la Enfermedad, mientras que los pacientes que completaron las consultas establecidas lo atribuyen mayormente al Factor Socioeconómico.

| Factor de abandono            |                        |                       |                                   |       |
|-------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-------|
| Conteo                        | Estigmatización Social | Factor Socioeconómico | Falta de Conciencia de Enfermedad |       |
| % total                       |                        |                       |                                   |       |
| Ji <sup>2</sup> para la celda |                        |                       |                                   |       |
| Consultas Completas           | 3                      | 8                     | 2                                 | 13    |
|                               | 10.34                  | 27.59                 | 6.90                              | 44.83 |
|                               | 2.0371                 | 0.4737                | 2.1229                            |       |
| Consultas Incompletas         | 0                      | 6                     | 10                                | 16    |
|                               | 0.00                   | 20.69                 | 34.48                             | 55.17 |
|                               | 1.6552                 | 0.3849                | 1.7249                            |       |
|                               | 3                      | 14                    | 12                                | 29    |
|                               | 10.34                  | 48.28                 | 41.38                             |       |

| Prueba                 | Ji cuadrado | Prob > Ji cuadrado |
|------------------------|-------------|--------------------|
| Razón de verosimilitud | 9.957       | 0.0069*            |
| Pearson                | 8.399       | 0.0150*            |

Cuadro 3. Asociación entre los pacientes que abandonaron el tratamiento farmacológico y que asistieron a todas las consultas médicas establecidas con aquellos que no asistieron y abandonaron el tratamiento en relación a los factores de abandono

## Conclusiones de la investigación

La importancia de la detección oportuna de los trastornos de Ansiedad Generalizada y Depresión Mayor radica en la obtención de una mejor calidad de vida para el paciente, así como para su entorno social y laboral, lo que conlleva a establecer un adecuado tratamiento farmacológico y no farmacológico. En los estudios revisados de Strawn y cols.,<sup>14</sup> Orsolini y cols.,<sup>15</sup> Ressler y cols.,<sup>16</sup> mencionan que el objetivo de mayor importancia en el tratamiento es obtener una respuesta temprana adecuada, lo cual mejora el apego al tratamiento y su remisión a largo plazo. El médico tiene la tarea de elaborar un plan de tratamiento que se ajuste a las necesidades del paciente, y por su parte el paciente tiene la responsabilidad de realizarlo con mayor exactitud posible, por lo que es de nuestro interés conocer los motivos de abandono más frecuentes en estos pacientes para planificar acciones preventivas y así mejorar el apego terapéutico.

Observamos que la asistencia a las consultas programadas no influye en el abandono al tratamiento farmacológico. Sin embargo, en aquellos pacientes que no completaron las consultas programadas se encontró un alto desconocimiento de la enfermedad, refiriendo puntos consistentes con el término falta de conciencia de la enfermedad; así mismo, en aquellos pacientes que sí lograron asistir a las consultas establecidas el factor que más influyó fue el socioeconómico. Se encontró que los motivos del abandono al tratamiento farmacológico difieren entre los pacientes de ambos trastornos, siendo más prevalente en los pacientes con trastorno depresivo mayor el factor socioeconómico, y para los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada fue la falta de conciencia de la enfermedad. En otro estudio realizado en 2017, Becerra y cols.<sup>25</sup> obtuvieron resultados similares encontrándose mayormente aquellos factores relacionados con situaciones del contexto sociocultural.

También se encontró que la estigmatización social negativa tiene influencia sobre el apego al tratamiento farmacológico, si bien es en mucha menor medida que los otros dos factores pueden resolverse junto con la desinformación de la enfermedad. En este estudio no se encontró una cantidad significativa de pacientes con mal apego al tratamiento por la influencia de la estigmatización, pero la literatura refleja lo contrario. Schnyder y cols.<sup>26</sup> afirman que la estigmatización es una gran barrera para el tratamiento de la enfermedad mental, especialmente la estigmatización pública siendo este tipo de estigmatización el más influyente. Un motivo que podríamos asociar con los pocos pacientes que entraron en esta categoría lo encontramos en el estudio de O'Connor y cols.<sup>27</sup> donde la respuesta al estigma (internalización del estigma, resistencia al estigma y evitación del estigma) puede normalizar la enfermedad mental generando un desapego al tratamiento atribuyéndole causas distintas a la estigmatización.

---

<sup>25</sup> (Becerra N. A., 2017)

<sup>26</sup> (Schnyder N., 2017)

<sup>27</sup> (O'Connor C., 2018)

Se considera una adecuada estrategia la intervención médica específica para este grupo de pacientes, con un tiempo específico durante la consulta general para identificar este tipo de trastornos de forma oportuna, adecuar un espacio exclusivo en las unidades de salud para el tratamiento psiquiátrico u organizar pláticas grupales con fines psicoterapéuticos e informativos y así poder otorgar la información necesaria acerca de su padecimiento y tratamiento.

## Referencias

1. Cuajimalpa, U. (27 de 08 de 2021). *Menos estigma y mas aceptacion: la importancia de decir "tengo ansiedad"*. Obtenido de <http://www.cua.uam.mx/news/miscelanea/menos-estigma-y-mas-aceptacion-la-importancia-de-decir-tengo.ansiedad>
2. Morales Fuheimann, C. (2017). La depresión: un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Publica*, 136 - 138.
3. Uchida S, Y. H. (2018). Epigenetic mechanisms of major depression: Targeting neuronal plasticity. *Psychiatry Clin Neurosci*. doi:10.1111/pcn.1262
4. CENETEC. (2018). Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención . *Catálogo maestro de guías de práctica clínica*.
5. Psychiatry, A. A. (2014). Depresión. En *Guía de consulta de los criterios diagnosticos del DSM-5* (págs. 103-115).
6. Gartlehner G, G. B.-S. (2015). Nonpharmacological Versus Pharmacological Treatments for Adult Patients With Major Depressive Disorder. Comparative effectiveness review . *Agency for Healthcare Research and Quality*.
7. Qaseem A, B. M. (2016). Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder. *Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians* . .
8. Remes O, B. C. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav*.
9. Canuto A, W. K. (2018). Anxiety Disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. . *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.
10. Grenier S, P. M. ( 2019). Association of age and gender with anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*.
11. Sadock Benjamin, S. V. (2015). Trastorno de ansiedad generalizada. En *Sinopsis de psiquiatria* (págs. 843-853). Wolters Kluwer .
12. Wolitzky-Taylor. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety*, 2(27), 190-211.
13. IMSS. (2019). *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona: Guía de practica clinica: evidencias y recomendaciones*. Recuperado el 14 de 04 de 2021, de [http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER\\_0.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER_0.pdf)
14. Strawn JR, G. L. (2018). Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. *Expert Opin Pharmacother* . .
15. Orsolini L, T. C. (2016). New advances in the treatment of generalized anxiety disorder: The multimodal antidepressant vortioxetine. *Expert Rev. Neurother* .

16. Ressler KJ, N. C. (2017). Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. .
17. Martínez, D. R. (2019). La clasificación de los trastornos de la conciencia. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33 - 49.
18. Andreu Pascual, M. V. (2018). Insight, sintomatología y funcionamiento neurocognitivo en pacientes con psicosis. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 491 -508.
19. Kim, J. S.-G. (2020). DAS: THE DIABETES AWARENESS AND INSIGHT SCALE. *DIABETES AND METABOLIC SYNDROME: CLINICAL RESEARCH AND REVIEWS*, 189 - 194.
20. López - Campos, J. L. (2019). STATUS OF AND STRATEGIES FOR IMPROVING ADHERENCE TO COPD TREATMENT. *INTERNATIONAL JOURNAL OF COPD*, 1503 - 1515.
21. López - Romero, L. A.-G.-S. (2016). Adherencia al tratamiento concepto y medición. *Hacia la Promoción a la Salud*, 117 - 137.
22. Juan Ortega Cerda, J. S. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de la atención médica. *Acta Medica Grupo Angeles*, 226 - 232.
23. Pachankis J. E., H. M. (2018). The burden of stigma on health and well-being: A taxonomy of concealment, course, disruptiveness, aesthetics, origin and peril across 93 stigma. *Personality and social psychology bulletin* , 451 - 474.
24. Brouwers, E. P. (2020). Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future direction. *BMC Psychology* .
25. Becerra N. A., Z. B. (2017). Significados de la experiencia de la enfermedad en mujeres con diagnóstico de depresión y abandono tratamiento. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 8-13.
26. Schnyder N., P. R.-L. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 261-268.
27. O'Connor C., K. I. (2018). How does psychiatric diagnosis affect young people's self-concept and social identity? A systematic review and synthesis of the qualitative literature. *Soc Sci Med*, 94-119.

Anexos:

| <b>CUADRO 5. ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)</b>  |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Esta escala especifica la severidad de los síntomas ansiosos en aquellos pacientes diagnosticados con alguno de los trastornos de ansiedad. En su diseño, la escala es precedida de unas breves instrucciones para el médico o el entrevistador en las que se precisa el rango de puntuación según la intensidad de los síntomas a saber: ausente = 0; leve = 1; moderado = 2; severo = 3; y grave o totalmente incapacitado = 4. |   |   |   |   |   |   |
| 1.- Humor ansioso   | Inquietud, espera de lo peor, aprehensión, ( anticipación temerosa ), irritabilidad   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.- Tensión   | Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar, incapacidad de relajarse            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.- Miedos  | A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.- Insomnio  | Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos.    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.- Funciones intelectuales   | Dificultad en la concentración, mala memoria.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6.- Humor depresivo   | Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día.                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7.- Síntomas somáticos ( musculares )   | Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.- Síntomas somáticos generales ( sensoriales )  | Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.-Síntomas cardiovasculares  | Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10.- Síntomas respiratorios   | Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11.-Síntomas gastrointestinales   | Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, borborismo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento.              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12.-Síntomas genitourinarios  | Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida del apetito sexual, disfunción eréctil. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13.- Síntomas del sistema nervioso vegetativo   | Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14.- Comportamiento agitado   | Agitado, inquieto o dando vueltas,  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|                       |  |  |
|-----------------------|--|--|
| durante la entrevista | manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos. |  |
|                       | TOTAL  |  |

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin trastornos de ansiedad, dado que su calificación es de 0 a 56 puntos, el resultado debe interpretarse cualitativamente en términos de intensidad y de ser posible diferenciar entre la ansiedad psíquica ( ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14 ) y la ansiedad somática ( ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 )

- Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave ( amerita tratamiento )
- Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve
- Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno.

| <b>Cuadro 6. Inventario de Ansiedad de Beck ( BAI )</b>  |                 |                 |                   |                 |
|--|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia. |                 |                 |                   |                 |
| Señale una respuesta en cada uno de los 21 rubros  | Poco o nada (0) | Más o menos (1) | Moderadamente (2) | Severamente (3) |
| 1.- Entumecimiento, hormigueo  |                 |                 |                   |                 |
| 2.- Sentir oleadas de calor ( bochorno )   |                 |                 |                   |                 |
| 3.- Debilitamiento de las piernas  |                 |                 |                   |                 |
| 4.- Dificultad para relajarse  |                 |                 |                   |                 |
| 5.- Miedo a que pase lo peor   |                 |                 |                   |                 |
| 6.- Sensación de mareo   |                 |                 |                   |                 |
| 7.- Opresión en el pecho, o latidos acelerados   |                 |                 |                   |                 |
| 8.- Inseguridad  |                 |                 |                   |                 |
| 9.- Terror   |                 |                 |                   |                 |
| 10.- Nerviosismo   |                 |                 |                   |                 |
| 11.- Sensación de ahogo  |                 |                 |                   |                 |
| 12.- Manos temblorosas   |                 |                 |                   |                 |
| 13.- Cuerpo tembloroso   |                 |                 |                   |                 |
| 14.- Miedo a perder el control   |                 |                 |                   |                 |
| 15.- Dificultad para respirar  |                 |                 |                   |                 |
| 16.- Miedo a morir   |                 |                 |                   |                 |
| 17.- Asustado  |                 |                 |                   |                 |
| 18.- Indigestión o malestar estomacal  |                 |                 |                   |                 |
| 19.- Debilidad   |                 |                 |                   |                 |
| 20.- Ruborizarse, sonrojamiento  |                 |                 |                   |                 |
| 21.- Sudoración no debida al calor   |                 |                 |                   |                 |

No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25.7 y en sujetos normales es de 15.8.

Fuente: Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. 1991.

### 6.1.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

| Ítem   | Criterios operativos de valoración  |
|--|---|
| 1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)  | 0. Ausente<br>1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado<br>2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente<br>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto<br>4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea   |
| 2. Sensación de culpabilidad   | 0. Ausente<br>1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente<br>2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones<br>3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad<br>4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras  |
| 3. Suicidio  | 0. Ausente<br>1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida<br>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse<br>3. Ideas de suicidio o amenazas<br>4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)  |
| 4. Insomnio precoz   | 0. Ausente<br>1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora<br>2. Dificultades para dormirse cada noche   |
| 5. Insomnio medio  | 0. Ausente<br>1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche<br>2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificado: orinar, tomar o dar medicación, etc.)  |
| 6. Insomnio tardío   | 0. Ausente<br>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse<br>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama   |
| 7. Trabajo y actividades   | 0. Ausente<br>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones<br>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación<br>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad<br>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad |
| 8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida) | 0. Palabra y pensamiento normales<br>1. Ligero retraso en el diálogo<br>2. Evidente retraso en el diálogo<br>3. Diálogo difícil<br>4. Torpeza absoluta  |
| 9. Agitación   | 0. Ninguna<br>1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc.<br>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.   |
| 10. Ansiedad psíquica  | 0. No hay dificultad<br>1. Tensión subjetiva e irritabilidad<br>2. Preocupación por pequeñas cosas<br>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla<br>4. Terrores expresados sin preguntarle   |

6.1.1. Escala de Hamilton para la Depresión  
(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

|   |   |
|---|---|
| 11. Ansiedad somática                     | <p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones</li> <li>• Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias</li> <li>• Respiratorios: hiperventilación, suspiros</li> <li>• Frecuencia urinaria</li> <li>• Sudoración</li> </ul>                                       |
| 12. Síntomas somáticos gastrointestinales | <p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>   |
| 13. Síntomas somáticos generales          | <p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>   |
| 14. Síntomas genitales                    | <p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de la libido</li> <li>• Trastornos menstruales</li> </ul>   |
| 15. Hipocondría                           | <p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>   |
| 16. Pérdida de peso (completar A o B)     | <p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p> |
| 17. Insight (conciencia de enfermedad)    | <p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>  |

## CAPÍTULO SEGUNDO: DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN

### Datos históricos:

Chalco cuyo nombre es de origen náhuatl, proviene de Challi: "borde de lago" y co: "lugar", significa "en el borde del lago". El significado de esta palabra ha sido muy discutida.

La cabecera municipal, lleva el apellido de Díaz Covarrubias, en honor de Juan Díaz Covarrubias, uno de los practicantes de medicina que fue fusilado en Tacubaya.

Su escudo es un glifo que está rodeado de cuatro pequeñas cuentas de jade; al centro, un espejo plano de jade que era muy apreciado por los chalcas porque lo consideraban instrumento de trabajo para los sabios; un anillo, que corresponde a la orilla de un espejo cóncavo de cuarzo amarillo que está cubierto parcialmente con el espejo plano de jade; un espejo rojo cóncavo, del cual sólo se ve la orilla que forma una corona, sobre ésta se encuentran los dos espejos y un anillo florido que está formado por 20 pétalos que significan la integración de la dualidad, la unidad de las fuerzas femeninas y masculinas en la familia y en un barrio.

Los chalcas descienden de los toltecas, los fundadores de Chalco Atenco fueron los acxotecas, quienes llegaron en el siglo XII provenientes de la Gran Tollán, como lo describe Chimalpahin. En tiempos prehispánicos la región fue conocida como el Chalcatoytl, una confederación de estados, de la cual el altepetl de Chalco fue una de sus cuatro capitales. Los refinados acxotecas tuvieron una prosperidad y un prestigio en el Anáhuac durante casi dos siglos, antes de convertirse en tributarios de los mexicas. El poeta chalquense Chichicuepón, uno de los nueve grandes poetas del antiguo mundo náhuatl, es una muestra de aquella grandeza. El lago de Chalco tuvo una influencia muy importante ya que Chalco era un puerto lacustre en cuatro muelles, donde atracaban las trajineras que llevaban verduras y semillas hacia la ciudad de México. En la época novohispana las haciendas de Chalco fueron grandes productoras de maíz y un granero reconocido de la capital virreinal. El tianguis del viernes de Chalco tuvo una gran fama durante las épocas colonial e independiente, su éxito comercial coincide con el establecimiento de la Cabecera de Doctrina de Chalco en 1650, cuando inicia la construcción del templo y del monasterio de Santiago Apóstol. Chalco surge como municipio en 1824 al mismo tiempo que México emerge como nación independiente y soberana. La Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos de ese año incluye a Chalco como Municipio Libre y consagra su erección el 31 de enero de ese año, hace exactamente 195 años. Un episodio cruento de la historia de Chalco fue el protagonizado por el coronel liberal Julio López, quien organizó una rebelión indígena socialista en 1868. Los campesinos se levantaron en armas para tratar de

rescatar sus tierras arrebatadas por los hacendados. López fue alumno de Plotinio Rhodakanaty en la Escuela Moderna y Libre de Chalco. Aun cuando la rebelión fracasó y su líder fue fusilado, el programa agrario contenido en su famoso “Manifiesto a todos los pobres y oprimidos de México y del universo”, se le considera precursor del Movimiento Zapatista.

Para el año de 1895 es desecado el Lago de Chalco, desapareciendo los pocos pescadores que había, posteriormente estas tierras sirvieron como tierras de labor. Porfirio Díaz permitió los grandes latifundios. Los hacendados de Chalco fueron poderosos terratenientes que movieron por ferrocarril las cosechas comerciales de maíz y pulque rumbo a la capital mexicana, pero también fueron la causa principal de la miseria campesina. Muchos campesinos de Chalco se unieron a las tropas de Emiliano Zapata. Al triunfo de la revolución, la Reforma Agraria dotó a los 16 ejidos de Chalco con tierras expropiadas a las haciendas. En 1955 Fidel Castro y Ernesto “Che” Guevara, llegaron a Ayotzingo a recibir entrenamiento militar y fueron recibidos por Erasmo Rivera propietario del rancho San Miguel. El campamento estuvo situado en dos parajes, primero en el monte Ayaqueme y después en el cerro Ticícalo, hasta donde les llevaba comida tres veces a la semana Eulogio Ruiz “El Ovejas”, vecino de Ayotzingo. Este hecho histórico vincula a Ayotzingo como uno de los elementos principales del triunfo de la Revolución Cubana, que ocurrió cuando entraron triunfantes en la Habana el 1 de enero de 1959, después de tomar el Cuartel Moncada. En esta región prosperó la cuenca lechera de Chalco, de los años 30 a los años 70 del siglo XX. Rancheros de origen español introdujeron la ganadería de reses finas importadas de Holanda. Los ranchos declinaron por el alto costo del agua, el crecimiento de la Ciudad de México y la política de expulsión de los ranchos de la Cuenca de México del gobierno federal. El cierre de ranchos coincidió con la creación de las nuevas colonias y unidades habitacionales que han creado la nueva demografía municipal. Para 1979 en los terrenos desecados del lago de Chalco da comienzo el asentamiento humano más grande de Latinoamérica conocido como Valle de Chalco; es por eso que la Cabecera Municipal es elevada a la categoría de Ciudad, en marzo de 1989. Después en 1994 los habitantes de la región del Valle de Chalco luchan por su separación en busca de una identidad y mejores.

#### Geografía local:

El pueblo de San Martín se encuentra asentado sobre una brecha sedimentaria o toba (tepetate) de color café claro y en algunas partes más altas, se pueden observar afloramientos de tobas basálticas y andesita. En las barrancas se encuentran cantos rodados grandes y medianos, de toba basáltica y andesita, y algunos basaltos, arrastrados por las avenidas de agua desde las partes más altas; en la parte al este, sobre la barranca Atlamaxa, en el llamado Parque de Las Piedras, se observa un afloramiento de grandes bloques de andesita.

El Punto de Verificación No. 66 de la Carta Geológica de Chalco menciona que los suelos predominantes en San Martín son aluviales. Estaban asociados con las colinas; su edad es

cuaternaria; meteorización poco profunda; permeabilidad media, actualmente en uso industrial, principalmente utilizado en la fabricación de ladrillos y la agricultura. Son arcillas, limos y arena fina.

#### Localización:

El municipio de Chalco se localiza al oriente del Estado de México, entre las coordenadas 19°09'20" altitud norte y 90°58'17" longitud oeste. La latitud media del municipio es de 2,550 metros sobre el nivel del mar (**msnm**), tiene como cabecera municipal a la ciudad de Chalco. Limita al norte con el municipio de Ixtapaluca; al sur con los municipios de Cocotitlán, Temamatla, Tenango del Aire y Juchitepec; al este con el municipio de Tlalmanalco; al oeste con el Distrito Federal y con el municipio del Valle de Chalco Solidaridad. Se ubica en el denominado eje Volcánico Transmexicano. Formado por rocas volcánicas del Plioceno y el Holoceno, de composición dacítico andesíticas y rocas basálticas.

San Martín Cuautlalpan se localiza en el Municipio Chalco del Estado de México México y se encuentra en las coordenadas GPS: Longitud (dec): -98.832778 Latitud (dec): 19.272778. La localidad se encuentra a una mediana altura de 2280 metros sobre el nivel del mar.

#### Orografía:

El municipio de Chalco tiene una orografía con tres características de relieve y son: la zona accidentada 33% del territorio, la cual se localiza al sur del municipio, así como los cerros de Tlapipi, el Papayo, el Pedregal de Teja, Coletto e Ixtlaltetlac. La zona semiplana que representa el 20% de la superficie ubicándose al oeste de San Martín Cuautlalpan y Santa María Huexoculco, dando origen a la formación de pequeños valles intermontañosos, y la zona plana que se encuentra al oeste del municipio.

#### Hidrografía:

La hidrografía del municipio se compone de dos ríos: al norte de la entidad el río de la Compañía, y al sur el río Asunción o Ameca, cabe señalar que ambas corrientes pluviales tienen un alto grado de contaminación ya que sirven como drenaje para el desalojo de desperdicios sólidos y líquidos, de basura doméstica, provocando un deterioro ambiental.

La fuente fluvial más importante, cercana a San Martín, es el río San Rafael, que pasa entre éste y San Gregorio. Existen también algunas cañadas con corrientes intermitentes que atraviesan el poblado, como la de San Francisco, la de Ocotenco, la Zopilotea, la Ortizco, la Atlamaxa y el arroyo de El Cedral, todas desaguan en el río San Rafael.

## Clima:

El clima del municipio de acuerdo a la clasificación de Köppen es Cwbg, templado subhúmedo con verano largo, lluvia invernal inferior al 95%, isotermal, y la temperatura más alta se manifiesta antes del solsticio de verano. En la región elevada hacia el este, el clima es C(E)wg, semifrío-subhúmedo, con precipitación invernal menor al 5%, el verano es largo, es isotermal y la temperatura más elevada se registra antes del solsticio de verano.

La temperatura media anual es de 15.6°C, en el verano la temperatura promedio máxima alcanza los 31°C y la mínima promedio es de 8.2°C en invierno. La temperatura mensual más elevada es en abril, mayo, junio, julio y agosto, las medias mínimas son en diciembre, enero y febrero que determinan la existencia de algunas heladas. Algunas bajas temperaturas se han registrado en el verano en algunos días de julio o agosto por la disminución de la humedad del aire, siendo así que en el día encontramos temperaturas altas y por la noche se presentan vientos fríos. Los meses secos son: enero, febrero y marzo aunque se registran algunas lluvias extemporáneas, en mayo, junio, agosto y septiembre las cuales son abundantes.

## Flora:

La flora está determinada por los tipos geográficos de la localidad, la vegetación que se identifica dentro del territorio es: El pastizal halófito que representa el 12.7%, está adaptado a las condiciones de alcalinidad de los suelos salinos, al extremo noroeste del municipio, sitio de recepción de los escurrimientos y el pastizal inducido, que surge al eliminar los estratos arbóreos y arbustivos, para favorecer el desarrollo de pastos con el fin de emplearlos para ganado. El bosque representa el 25.7% del territorio, se ubica al oriente del municipio, entre las cotas 2,300 a 2,500 m.s.n.m., mezcladas con pastizal inducido. Las especies que se han plantado son: Pino, ciprés y eucalipto. El bosque de encino se localiza en las faldas de la Sierra Nevada. Está constituido por distintas especies de encino, son utilizados para la fabricación de carbón, situación que ha propiciado la eliminación de esta especie. El bosque de pino se encuentra en el rango que va de 3,000 a 4,000 m.s.n.m., y se ubica en las principales elevaciones, existen: Pinos, ahile y sauce. El estrato arbustivo presenta una elevada diversidad, predominando los géneros bacharis y senecio. Está compuesto por especies dentro de las cuales predominan las gramíneas con géneros como festuca, muhlenbergía y stipa. El bosque de oyamel abarca los rangos de los 3,100 a los 3,500 m.s.n.m. La composición florística está constituida por diversas especies como escobilla, jarilla y sauce, en la arbórea las principales especies que se explotan son las de pino y oyamel.



Imagen 2. Mapa de la delegación:

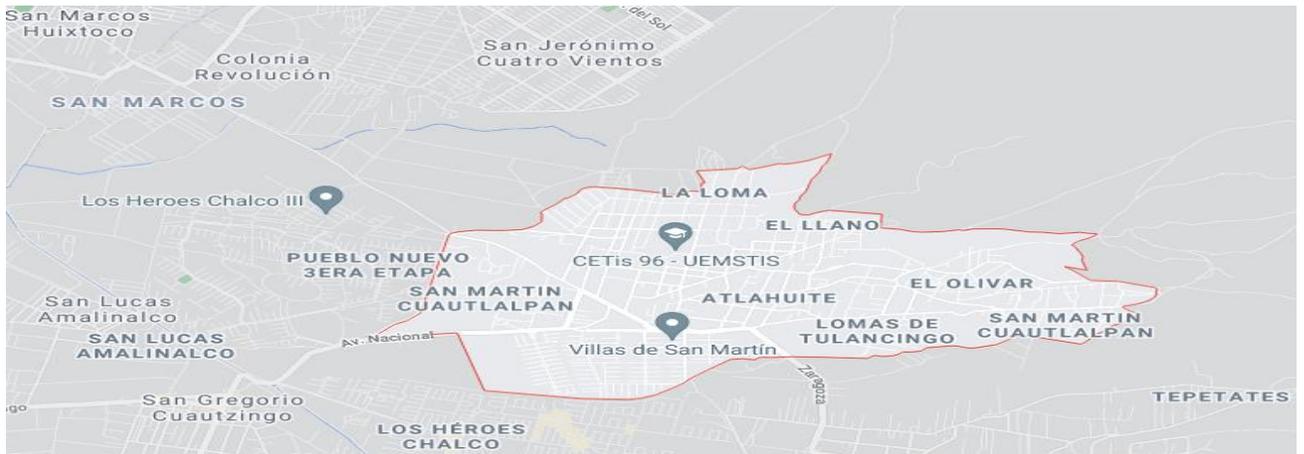


Imagen 3. Mapa de características geográficas:

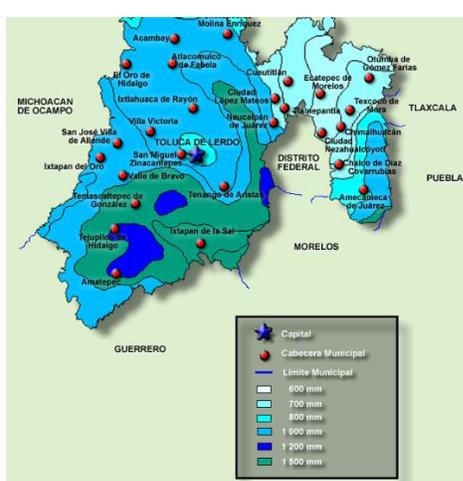


Imagen 3.1 Mapa de precipitación promedio anual



Imagen 3.2 Mapa de temperatura



Imagen 3.3 Mapa de vegetación y agricultura

Imagen 4. Croquis de la comunidad o zona:



### Indicadores demográficos y estadísticas vitales

#### Población total:

De acuerdo a la Encuesta Intercensal 2015, Chalco tiene 343,701 habitantes, del total, 176,328 son mujeres, equivalente al 51.3% y 167,373 son hombres, es decir el 48.7%. Su densidad poblacional es alta: 1,497 habitantes por kilómetro cuadrado, proporción dos veces mayor al promedio estatal. A este respecto el municipio de 2016 a 2017 registró una tasa de crecimiento media anual +2.18%.

La población total de San Martín Cuautlalpan es de 23 501 personas de las cuales 11 684 son del género masculino y 11 817 femenino.

#### Población y seguridad social:

El municipio de Chalco tiene una población de 343,701 habitantes al año 2015, del total, 253,004 tienen seguridad social lo que equivale al 73.6 por ciento del total de población. El 23.4 por ciento restante no cuenta protección institucional de la salud. La institución que cuenta con mayor número de derechohabientes en el territorio municipal es el Seguro Popular con 154,091 personas, lo que equivale al 60.9 por ciento de los afiliados a alguna institución médica. En segundo lugar, el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene 123,510 chalquenses inscritos.

Derecho a atención médica por el seguro social, tienen 2936 habitantes de San Martín Cuautlalpan.

#### Densidad de población:

El Municipio de Chalco para el año 2015 manifiesta una densidad poblacional de 1,497 habitantes por Km<sup>2</sup>.

### Población por delegación:

Según el IGECEM. Dirección de estadística elaborado con información del censo general de población y vivienda 2020 en total del municipio 310 130.

Chalco de Díaz Covarrubias 168 720, La Candelaria Tlapa 5 506, San Gregorio Cuautzingo 13 138, Instituto Damián 1, San Juan Tezompa 11 819, San Lucas Amalinalco 3 626, San Marcos Huixtoco 12 229, San Martín Cuautlalpan 23 501, San Mateo Huitzilzingo 15 389, San Mateo Tezoquiapan 9 904, San Pablo Atlazalpan 11 236, Santa Catarina Ayotzingo 10 702, Santa María Huexoculco 12 456, Hacienda del Moral 38, Rancho el corazón 21, El Coyote 18, Ex-Hacienda Guadalupe 968, Colonia Jazmín de las Flores 472, El Molinito 36, Rancho Nuevo 3, Rancho San Miguel 327, Rancho Nuevo San Miguel 113, Rancho del Ahuehuete 1, La Chimenea 93, Rancho San Jorge 5, Planta Purificadora de Agua 2, Rancho Amigo 53, Lomas de San Pablo 1 354, Caserío de Cortez 1 841, Subestación de luz Chalco 10, Granjas San Pablo 7, Colonia Guadalupe de los Tepetates 141, Colonia Michoacana 509, Colonia San José 559, San Javier granja 6, San José Granja 128, Llano del moral 11, La Magueyera 11, Pozo del cuartito número dos 3, La Taberna 51, Los Arenales 86, Ejido San Marcos 74, Guadalupeana granja 359, San Anita granja 33, Huixtomatitla Tepalcates 44, El Naranjo 11, Albert Einstein Colegio 5, Colonia Calle Santa Cruz Amalinalco 66, Rancho Elodia 26, Barrio de Guadalupe 2 136, Colonia San José Axalco 1 032, Las Colonias 41, Paso del Oyamel 4, Los Hornos 139, Km 39 carretera México-Cuautla 3, Margarita Morán 140, Paraje Altamirano 118, Paraje San Javier 21, Localidad de una vivienda 27, Localidad de dos viviendas 24.

### Índice de envejecimiento:

De acuerdo a cifras del IGECEM, hay 13,762 adultos mayores de 65 años y más en el municipio de Chalco, esto equivale al 4.0 de la población total.

### Migración:

El municipio de Chalco vive una dinámica migratoria de consideración, en consecuencia, el tema migratorio se ha convertido en un asunto de importancia para el Gobierno Municipal porque Chalco es el municipio con mayor número de inmigrantes dentro de la Región I, principalmente centroamericanos, provenientes de Honduras, Guatemala, Belice, quienes han emigrado al país y al municipio en busca de mejor su calidad de vida. Por otro lado, el municipio también tiene un porcentaje de personas originarias en otros países, aunque su índice de intensidad migratoria es muy bajo. La relación se describe en el siguiente cuadro.

Conforme al índice de intensidad migratoria, al año 2010 el total de viviendas era de 73,665; de ellas, 1.37 por ciento recibían remesas de sus connacionales en Estados Unidos, el índice de intensidad migratoria es de 0.93 por ciento, que se califica como muy bajo. A nivel estatal, el municipio de Chalco se ubica en el número y a nivel nacional se encuentra en el lugar 2092 de los 2458 municipios.

| Indicador sobre Migración a Estados Unidos, Índice y Grado de Intensidad Migratoria |                    |                               |                                 |                                |  |  |
|---|--------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|--|
| Municipio   | Total de viviendas | Viviendas que reciben remesas | Índice de intensidad migratoria | Grado de intensidad migratoria | Lugar que ocupa en el contexto Estatal | Lugar que ocupan en el contexto Nacional |
| Chalco  | 73,665             | 1.37                          | -0.9379                         | Muy bajo                       | 97                                     | 2092                                     |

Fuente: Índices de Intensidad Migratoria México- Estados Unidos por entidad federativa y municipio.

Imagen 5. Tasa de natalidad:



Imagen 6. Tasa de fecundidad:



## Indicadores sociales:

### Educación:

En el año 2017, el universo de alumnos era de 114,788, del total, 103,137 pertenecen a la modalidad escolarizada; el mayor número se concentra en el nivel primaria con un total de 45,700 alumnos, lo equivale al 31.5% de alumnos; el segundo rubro es secundaria, con un total de 23,132, equivalente a 20.1 por ciento; inmediatamente se localiza el sector de preescolar con 14,683 alumnos, lo que equivale a 12.7 por ciento. Enseguida, los alumnos de nivel medio superior son 13,900, lo que equivale al 9.6 por ciento. La modalidad no escolarizada alberga 11,651 personas y por último se encuentran los alumnos de nivel superior con 5,722, equivalente a 4.98 por ciento.

A pesar del incremento de personas en los niveles de profesional y posgrado, se establece que el nivel de escolaridad en el municipio de Chalco es bajo, pues el grado promedio de escolaridad en el municipio es de 8.6 y a nivel estatal de 9.1.

De acuerdo a la matrícula escolar 2015, se indica que en el nivel preescolar están inscritos 13,977 alumnos y de acuerdo al cuadro anterior, el cálculo que se realiza a la población de 3 a 5 años, arroja

un resultado de 19,546 niños en ese rango de edad, por lo que el índice de atención es de menos 28.5% (déficit).

Derivado de lo anterior, se establece que los niños de 6 a 11 años inscritos en la primaria son 44,523 alumnos, contra un universo poblacional en esa edad de 39,090, lo que resulta un índice de más 14.1%. (superávit). En el nivel secundaria, de acuerdo a la matrícula escolar 2015, se tienen inscritos 21,430 contra una población demandante de 19,545, que indica un índice de más 8.79% (superávit) A nivel medio superior se tiene una matrícula de 12,919 alumnos contra una demanda de 19,545 habitantes en esa edad de estudiar, dando un índice de menos 31% (déficit). En el nivel superior, se tiene una matrícula de 5,277 alumnos inscritos contra una población demandante del orden de 41,835 (el cálculo se realizó igualmente con base en la tabla anterior en edades de 18 a 24 años) teniendo el resultado indicado, con lo que tenemos un índice deficitario del 87 por ciento.

#### Grupos vulnerables:

Para su atención, el municipio cuenta con un Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS) donde se brinda atención médica y terapéutica de segundo nivel a personas con discapacidad.

Para el año 2010 vivían en Chalco 10,776 personas con algún tipo de limitación física dentro de sus actividades cotidianas; 5,160 son personas con dificultades para caminar; 3,604 con limitación visual y 1,004 con discapacidad auditiva, este universo comprende las tres principales discapacidades de los habitantes. Enseguida, existen 992 personas que no tienen capacidad de habla, lo que equivale 9.2 del total de personas que sufren alguna discapacidad. El resto se compone de personas que no pueden atenderse por sí solas y los que sufren problemas de aprendizaje. Del total de personas con alguna limitación física, 5,531 son hombres y 5,245 son mujeres.

#### Vivienda:

De acuerdo a la información obtenida en la encuesta intercensal 2015, el municipio de Chalco cuenta con un total de 88 mil 452 viviendas y una población de 343 mil 611, con un promedio de 3.9 ocupantes por vivienda; la densidad promedio de vivienda por metro cuadrado es de 385.17

Del total de domicilios registrados en el municipio, el 55% se concentra en la cabecera, lo que equivale a 48,710 hogares; de los 48,710 hogares de Chalco Centro, el 80.3 por ciento cuenta con servicio de agua, el 82.4 por ciento con drenaje y el 82.7 con servicio eléctrico. San Lucas Amalinalco es el pueblo de Chalco que tiene el menor número de viviendas con 957 lo que equivale al 1.1 de viviendas del total del municipio. San Martín Cuautlalpan es el poblado de los 11 que tienen Chalco con más viviendas con 14,725, sin contar las colonias del municipio y su cabecera local.

| Municipio | Características de la Vivienda  |                                      |  |                         |
|-----------|---------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------|
|           | Total de viviendas particulares | Vivienda con techo diferente de losa | Viviendas con muros de material diferente a concreto | Vivienda sin piso firme |
| Chalco    | 88,515                          | 6,904                                | 708  | 2,832                   |
|           | 100%                            | 7.8%                                 | 0.8%   | 3.2%                    |

Fuente: INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

### Organización familiar:

De acuerdo a la información obtenida en la encuesta intercensal 2015, el municipio de Chalco cuenta con un total de 88 mil 452 viviendas y una población de 343 mil 611, con un promedio de 3.9 ocupantes por vivienda; la densidad promedio de vivienda por metro cuadrado es de 385.17

### Disponibilidad de agua:

A través Organismo Público Descentralizado para la Prestación de los Servicios de Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento del Municipio de Chalco, se suministra el agua en bloque con calidad para su uso y consumo humano en las comunidades de difícil acceso, de reciente creación o carentes de infraestructura hidráulica y que son reconocidas como áreas prioritarias de atención cuyo déficit promedio de escasez es del 100%, como la Colonia Unión de Guadalupe, San Juan y San Pedro Tezompa, Santa Catarina Ayotzingo, San Pablo Atlazalpan, San Martín Cuautlalpan y Santa María Huexoculco.

El tipo de análisis que se efectúa para determinar la calidad del agua en el municipio de Chalco, es a través de la NOM-127-SSA1-1994 y NOM-230-SSA1-2002, consiste en estudiar muestras de agua en la cual se determina el pH y cloro residual. Las pruebas se efectúan de manera semanal teniendo como objetivo determinar la calidad del agua, que cumpla con los límites máximos que permite la normatividad vigente. De la misma manera, otro tipo de análisis es el de la norma NOM127-SSA1-1994, que se le realiza a cada pozo de manera anual. Los estudios son realizados por instituciones educativas a nivel superior y por instituciones de salud públicas.

### Eliminación de excretas:

Actualmente, en el municipio de Chalco la red de drenaje o tiene la siguiente infraestructura: Un emisor, 8 colectores, 17 sub colectores y una red de 425, 895 metros de red general de atarjeas, que permite operar el sistema de drenaje municipal. En este rubro, el Organismo Público Descentralizado para la Prestación de los Servicios de Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento del Municipio de Chalco, opera los mismos sistemas que administra en el subtema de agua potable, mientras que los comités locales, al carecer del equipo y tecnología necesaria, proporcionan mantenimiento nulo en sus redes. Alrededor del 90% de la población total cuenta con el servicio de drenaje y alcantarillado; las aguas negras que se desprenden de esta red tienen como descarga el Colector Solidaridad, que lleva las aguas desalojadas hasta la planta de bombeo Número 12, situada en el sur del río La Compañía.

### Eliminación de basura:

Para el servicio de recolección de los residuos sólidos, el municipio de Chalco llevó a cabo la concesión del servicio de recolección, tratamiento y disposición final con la empresa de Transportes Especializados EGSA, S.A. de C.V. Esta empresa atiende con 16 unidades, 14 de tipo

compactadora, con una capacidad de almacenaje de 9 toneladas y 2 como apoyo adicional de tipo compactadora, con una capacidad de almacenaje 3 toneladas y media.

Actualmente no se realiza la transferencia y separación de residuos sólidos, debido a la falta de equipo necesario, la ausencia de cultura y concientización de la población, así como la carencia de un programa integral de separación de residuos.

#### Vías de comunicación:

Bibliotecas públicas con acceso a internet, páginas web, periódico, radio, televisión, computadores y celulares inteligentes.

#### Medios de comunicación:

La implementación del proyecto del Gobierno de la República, "México Conectado" ha contribuido a garantizar el derecho constitucional de acceso al servicio de internet de banda ancha, desplegando redes de telecomunicaciones que proveen conectividad en los sitios y espacios públicos tales como escuelas, centros de salud, bibliotecas, centros comunitarios o parques. En el municipio de Chalco se cuenta con un total de 406 puntos conectados a internet.

#### Nutrición:

En el rubro de carencia alimentaria a nivel municipal, se destaca que existen 103,890 personas en carencia alimentaria lo que representa 26.2 % de la población con un promedio de 2.7 a nivel municipal.

#### Alimentos más frecuentes:

Alimentos a base de borrego y cerdo, acompañados de tortillas de maíz realizados artesanalmente, acompañados de bebidas carbonatadas.

#### Obtención de alimentos:

Los cultivos preferidos son maíz, trigo, sorgo, vegetales, plantas medicinales y otros utilizados como forraje para animales. La mayoría de las veces, se limita a pequeños huertos para autoconsumo, ubicados dentro de las casas.

#### Economía

El lago de Chalco tuvo una influencia muy importante ya que Chalco en el siglo XVI era un puerto lacustre en cuatro muelles, donde atracaban las trajineras que llevaban verduras y semillas hacia la ciudad de México. Como hace siglos, el tianguis tradicional de los viernes es la sede de un enorme movimiento comercial, reúne cientos de puestos y a él llegan compradores y vendedores de la región.

### Población económicamente activa

Agricultura, cultivo y principalmente trabajar para fábricas de ladrilleras. En mucho menor grado, el ganado y los animales domésticos se crían como vacas, cabras, cerdos y aves de corral, como pollos, gallinas, pavos, caballos, mulas y burros. Los utilizan para su propio consumo, el primero o como animales de carga, el segundo.

### Energía Eléctrica

La Comisión Federal de Electricidad (CFE) divide a los usuarios de energía eléctrica en tres sectores, el primero es el de tipo residencial y se clasifica en dos tarifas. La tarifa 01 es destinada al uso doméstico exclusivo y la tarifa DAC también es de uso doméstico, con la diferencia de que dichos usuarios rebasan el límite establecido mensual. El segundo sector es el de uso comercial, clasificados en la tarifa 02 y el tercero es el sector de uso industrial que se clasifica en la tarifa OM. En el municipio de Chalco, de acuerdo con datos de la Comisión Federal de Electricidad, para el año 2017 había un total de 101,224 usuarios, de los que 90.9% de los contratos son domésticos y el 9.1% son para la industria y los servicios relativos. La tarifa promedio por rango a utilizar es de la siguiente manera: Para la tarifa 01 de \$0.793 a \$2.802, para la tarifa DAC \$4.324, para la tarifa 02 \$2.583 a \$3.431 y para la Tarifa OM \$1.482.

De acuerdo a datos del INEGI, en el año 2015, el 99.7% de las viviendas del municipio de Chalco contaba con energía eléctrica. El volumen de mega watts por hora que se consumió en el municipio del 2007 al 2015 mostró un incremento del 28.2% durante este periodo, este aumento se debe principalmente al crecimiento de usuarios o viviendas en 58.9%.

### Contaminantes ambientales

Por otra parte, a través de la Dirección de Ecología, llevan a cabo pláticas en las diferentes escuelas del municipio con temas referente al cambio climático y cuidado del medio ambiente, se reforestan zonas urbanas con el apoyo de la ciudadanía y se realiza la difusión de campañas para poner en práctica las 3R (Reduce, reutiliza y recicla).

En el municipio la contaminación del aire se debe principalmente al crecimiento del parque vehicular, la contaminación que se produce por medio de fuentes fijas como la Zona Industrial de Chalco, localizada al sureste de la Cabecera Municipal y la quema de polímeros y químicos en las ladrilleras ubicadas, en su mayoría, al oriente del Municipio.

En cuanto a la contaminación del suelo es causado por muchos factores, entre ellos, el uso cada vez más amplio de agroquímicos en el campo, en especial de herbicidas y plaguicidas con alto poder tóxico y este aumenta toda vez que los desechos son arrojados en caminos o barrancas, lo que provoca daños al subsuelo.

## Religión

Según la INEGI la población de 1990 a 2020 que es católica 90, 224 559 personas; religión distinta a la católica 16 118 762 personas; sin religión 9 156 555.

## Servicios para el recreo comunitario

- Feria del Libro (abril)
- Festival Internacional Folclor (agosto) • Festival Cultural “La Magia del Mictlán” (28 octubre al 01 de noviembre);
- Intercambio Cultural a nivel regional y nacional (noviembre)
- Las exposiciones artísticas que se presentan en el Patio Central del Palacio Municipal Además, podemos mencionar como riqueza cultural de Chalco:
- Las Construcciones Históricas como iglesias, capillas y haciendas del siglo XVI al XIX.
- La Casa de Cultura Chimalpahin, que alberga al Señor Murciélagos (Tzinacantecuhli), monumento encontrado en territorio chalquense.
- El Museo de Cartonería en la localidad de Ayotzingo.

## Hábitos y Costumbres

Chalco se caracteriza por ser un municipio de costumbres y tradiciones de gran arraigo, así se identifica por la riqueza de sus festividades y tradiciones, ya que se realizan más de 40 festividades religiosas anualmente en territorio municipal, de las que destaca La Feria de Santiago Apóstol en el mes de julio.

## Fiestas Civiles y Religiosas más importantes

La primera y más importante fiesta es la celebración del patrón del lugar, San Martín Obispo de Tours, quien las celebró el 11 de noviembre. Esta fiesta tiene una duración de una semana completa, y la gran fiesta se celebra el primer fin de semana posterior al 11. La celebración tiene lugar durante toda la semana con misas en la parroquia central.

La imagen de la patrona es venerada en toda la ciudad, ya que se lleva en procesiones en cada barrio. Lo reciben con alegría y celebración de oraciones, banda de música, cohetes, tamales de chile y tomate con epazote y carne, atole, pan y café. Las calles están adornadas con flores y cortes papales multicolores. Se prepara un altar especialmente para recibir a la santa y celebrar la misa, tras lo cual regresa a la parroquia.

Antes de que la imagen los saque, recibe a sus padrinos o mayordomos en la parroquia, encargados de vestirse y cambiarse la ropa que vestirá el santo durante las procesiones. Consiste en una mitra, un bastón y el hábito arraigado y la capa de su rango de obispo, que se cambia a diario. El cambio de ropa del santo es una actividad exclusiva del cura y de los mayordomos. Las mujeres no pueden entrar a la iglesia porque la idea es que el santo "se avergüenza" y "no se le permite" cambiar en presencia de mujeres.

Estas procesiones duran hasta el primer sábado siguiente al 11 de noviembre, día en que tuvo lugar la procesión y la fiesta principal. A lo largo de ese día, las celebraciones parroquiales consisten en misas de bautismos y confirmaciones, acompañadas de bailarines y chinelos. Al caer la noche, el guardarropa del santo volvió a cambiarlos. La procesión principal comienza acompañada de todo el pueblo, con música de banda y cohetes.

Esta vez no se limita a la capilla ni a la casa principal del barrio. Sin embargo, ahora se amplía para visitar todas las calles y casas principales. Recibió una gran celebración de fuegos artificiales, corridas de toros y música. La imagen recorre la ciudad, desde las zonas más inmediatas hasta los lugares donde viven familias adineradas. Esta procesión es característica de ver personas cubiertas por gruesas mantas y abrigos de lana de colores, que utilizan para protegerse de los cohetes. Los toritos y para seguir y resistir el frío durante toda la noche, acompañados de botellas de tequila, mezcal, cerveza y garrafas de pulque natural o curado.

Esta celebración dura toda la mañana y el domingo siguiente. Desde bien entrada la procesión y la recepción, continúa en los últimos y más remotos lugares de la ciudad. La fiesta concluye el domingo con celebraciones en todas las casas, comidas y tertulias familiares, y un gran baile, bandas, agrupaciones musicales y la feria frente a la parroquia por la noche.

Los habitantes de otras localidades cercanas, como Santa María Huexoculco, Río Frío, San Gregorio Cuautzingo, San Marcos Huixtoco y Chalco de Díaz Covarrubias, también asisten a estas celebraciones, ya que junto a la de Santiago Apóstol, en Chalco, la de Santa María en Huexoculco y La Candelaria y Santa Cecilia, en Tlapala, son las fiestas más grandes de la zona.

## Daños a la salud

### Mortalidad General

En México de las 1 086 094 defunciones registradas durante 2020, 58.8% fueron hombres, 41.1% mujeres y en 756 casos el sexo no fue especificado.

Las tres principales causas de muerte a nivel nacional son por enfermedades del corazón, COVID-19 y por diabetes mellitus. Los homicidios representan la sexta causa de muerte en hombres.

Principales causas de mortalidad general en 2015 en el estado de México: Enfermedades del corazón (Enfermedades isquémicas del corazón), diabetes mellitus tipo II, Tumores malignos, enfermedades del hígado (Enfermedad alcohólica del hígado) y accidentes (de tráfico de vehículos de motor).

### Mortalidad por grupos de edad y causas

Estado de México 2015:

15 a 24 años de edad: Accidentes (de tráfico de vehículos de motor), agresiones, lesiones autoinfligidas intencionalmente, tumores malignos (Leucemias), enfermedades del corazón (enfermedades isquémicas del corazón).

25 a 34 años de edad: Agresiones, Accidentes (de tráfico de vehículos de motor), tumores malignos (leucemias y del estómago), enfermedades del corazón (enfermedades isquémicas del corazón), enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado).

35 a 44 años de edad: Tumores malignos (de la mama, del cuello del útero y del estómago), enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado), agresiones, accidentes (de tráfico de vehículos de motor), diabetes mellitus tipo II.

### Tasa de mortalidad

En México la tasa de defunciones registradas por cada 10 000 habitantes fue de 86, superior en 27 unidades respecto a la información definitiva del año anterior.

Respecto a las defunciones se registraron 1,277 en el año 2011, lo que genera una tasa de mortalidad de 4.11 fallecimientos por cada mil habitantes, cifra mayor que el promedio estatal de 3.8 defunciones por cada mil habitantes.

### Morbilidad

#### Principales causas de morbilidad enfermedades transmisibles

Según la INEGI 2021, en el estado de México las principales causas de morbilidad transmisible son: COVID-19 (34 499), influenza y neumonía (8 160). Principal causa de morbilidad en hombre: COVID-19 (24 405), influenza y neumonía (5 187). Principal causa de morbilidad en mujeres: COVID-19 (12 094), influenza y neumonía (2 973).

## Principales causas de morbilidad enfermedades no transmisibles

Según la INEGI 2021, en el estado de México las principales causas de morbilidad son:

Enfermedades del corazón (36 499), diabetes mellitus tipo II (26 480), tumores malignos (10 865).

Principal causa de morbilidad en hombre: Enfermedades del corazón (15 983), Diabetes mellitus tipo II (14 693), tumores malignos (5 151).

Principal causa de morbilidad en mujeres: Enfermedades del corazón (12 474), diabetes mellitus tipo II (11 787), tumores malignos (2 973).

## Brotos Epidemiológicos

En el estado de México: Brote epidemiológico por COVID-19: Se han investigado 949 476 personas, la fecha de inicio de síntomas del primer caso que tiene como fecha el 19 de febrero del 2020. Hasta la fecha el 32% han sido positivos, el 60% son negativos y el 08% no tienen aún resultado. El pico de casos positivos es en la semana epidemiológica 2 del año 2021 con un total de 11 487 casos positivos; en esa misma semana se observa el pico de negativos con 18 268 casos negativos.

En el municipio de Chalco el total de casos 6 967 y defunciones 1 152.

Brote epidemiológico causado por *Escherichia coli* en Chalco en 2000, pacientes presentaron diarrea y vómito durante el desbordamiento del canal de aguas negras en Chalco acontecido el 31 de mayo de 2000.

El 31 de mayo de 2000 se fragmentó la pared de contención del canal llamado “La Compañía,” provocando el desbordamiento de las aguas negras que inundaron las colonias circunvecinas del Valle de Chalco. La inundación con las aguas negras en la zona residencial, el hacinamiento en los albergues, el difícil acceso al agua potable y a comida limpia, y el inadecuado manejo de las excretas, propiciaron el surgimiento de infecciones intestinales. El Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) recibió 1 550 muestras de hisopos rectales en medio de transporte Cary-Blair; cada hisopo provenía de un habitante del Valle de Chalco con problemas gastrointestinales. De las 1 550 muestras de Cary-Blair, se obtuvo que 0.06% correspondió a *Shigella* (1/1 550), 0.45% a *Salmonella* (7/1 550), y 76.6% a *E. coli* (1 188/1 550). El 22.9% restante fueron bacterias sin importancia médica.

## CAPITULO III DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS

### Recursos y Servicios de Salud

En el consultorio se contaba con: báscula, mesa de mayo, mesa de exploración, bote de residuos punzocortantes, un escritorio, 1 silla giratoria color negro, 2 sillas acojinadas color negro, 1 archivero metálico.

Materiales brindados: 1 glucómetro, baumanómetro pediátrico, estuche de disección estuche de diagnóstico, sello de consultorio médico, pinard, termómetro infrarrojo, baumanómetro adulto, oxímetro.

### Infraestructura en Salud

En la delegación de San Martín Cuautlalpan se encuentra un Centro de Atención Social que cuenta con 1 consultorio médico, 1 oficina de atención de víctimas al delito, 1 oficina para el delegado de dicha entidad, 1 baño para mujeres, 1 baño para hombres en la parte trasera de dicho módulo.

### Infraestructura de la Secretaría de Salud

Se cuenta con Director de Bienestar Lic. Miguel Ángel Silva Cruz. Coordinadores de proyecto programa de vinculación en el municipio de Chalco, Dra. Michelle Irene de la Rosa Silva y Dr. Gilberto Hernández Orato, que cuenta con 27 centros de atención social y 3 centros de desarrollo comunitario, en los cuales se cuenta con médicos pasantes del servicio social, y en los centros de desarrollo comunitario se cuenta con dentista, optometrista.

### Programas de Salud

Programa de educación sexual y reproductiva

Programa de control y prevención de la Diabetes Mellitus tipo II

Programa de prevención y control de la Hipertensión Arterial Sistémica.

Programa de detección y tratamiento de trastornos de ansiedad generalizada y trastornos depresivos mayores.

### Recursos Humanos

Se cuenta con Director de Bienestar Lic. Miguel Ángel Silva Cruz. Coordinadores de proyecto programa de vinculación en el municipio de Chalco, Dra. Michelle Irene de la Rosa Silva y Dr. Gilberto

Hernández Orato. Vinculados a la Universidad Autónoma Metropolitana por medio del Dr. Alejandro Alonso Altamirano coordinador del Servicio Social de la licenciatura en medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana.

## CAPITULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

### 1. Productividad:

#### Consultas otorgadas

El número de consultas médicas gratuitas otorgadas en el centro de atención social ubicado en San Martín Cuautlalpan, Chalco Díaz de Covarrubias, Estado de México durante el periodo de tiempo que abarca del 07 de septiembre del 2020 al 30 de julio de 2021 fueron 1 184 consultas.

#### Planificación familiar

Durante mi estancia en éste centro acudieron 10 femeninas a consultas de planificación familiar, de las cuales 3 fueron a retiro de DIU t de cobre por caída del mismo, 2 a retiro de implante subdérmico, 5 para información y otorgación de condones.

Debido a la infraestructura del consultorio así como a la falta de material no se podía realizar otro tipo de actividades como: colocación de DIU t de cobre o Mirena, colocación de implante subdérmico, ni otorgación de pastillas anticonceptivas.

Se da la información adecuada y se refería a centro de salud para obtención de método anticonceptivo.

#### Control Nutricional por grupos de edad

Se daba información nutricional así como tablas de alimentación según comorbilidades y guías de práctica clínica.

#### Control de embarazo

Durante la estancia en éste centro de atención social se dio consulta de control a 5 embarazadas de las cuales solo una acudió a su control prenatal de manera irregular, teniendo 4 consultas de control de embarazo en las cuales se llevaba control de peso, altura de fondo uterino, toma de signos vitales, así como reforzamiento de signos de alarma en el embarazo, información acerca de planificación familiar en puerperio, datos de alarma en puerperio, explicación de la importancia de toma de ácido fólico y sulfato ferroso, revisión y explicación de estudios solicitados.

## Control de pacientes crónicos

Durante el mes de noviembre del 2020 se otorgaron un total de 65 consultas médicas del cual la patología más frecuente fue la Diabetes Mellitus tipo II; en enero del 2021 se otorgaron un total de 100 consultas médicas de las cuales la hipertensión arterial sistémica fue la patología con mayor frecuencia con un 24% de la consulta; marzo 2021 se otorgaron un total de 166 consultas médicas de las cuales la patología más frecuente fue la Diabetes mellitus tipo II siendo un 36% de la consulta. Abril 2021 se otorgaron un total de 198 consultas, siendo la patología más frecuente diabetes mellitus tipo II la patología más frecuente con un 18% de la consulta; junio 2021 se otorgaron 81 consultas médicas siendo la DM TIPO II 20% de la consulta; julio 2021 146 consultas 33% DM tipo II

Durante las cuales se tomaban signos vitales, toma de glucosa en ayuno, modificaciones higiénico dietéticas brindadas según las guías de práctica clínica así como la ADA, se explicaban parámetros de normalidad, se modificaba tratamiento, ya sea con monoterapia, terapia combinada, insulino terapia. Informándoles de probables complicaciones. Se otorgaban signos y síntomas de hipoglucemia y cómo tratarlas en casa, modificaciones de estilo de vida con el fin de disminuir sobrepeso y obesidad, se incentivaba a disminución del hábito tabáquico e ingesta reducida de grasas, saturadas y trans, azúcares, refrescos y sal. Control de peso, orientación del cuidado de pies y boca, ejercicio aeróbico y anaeróbico.

## Atención y detección de enfermedades Infecciosas

Durante el periodo de tiempo que corresponde al 01 de diciembre del 2020 al 21 de diciembre del 2020 se reportaron un total de 89 consultas médicas gratuitas en el Centro de Atención Social correspondiente a la delegación de San Martín Cuautlalpan; la estadística indica que la patología con mayor frecuencia fue la gastroenteritis aguda con un 17% de la consulta. Se informaba sobre la importancia del lavado de manos, hervir frutas y verduras, orientación a personas que viajan a lugares más contaminados, desinfección del agua.

Durante el periodo de tiempo que corresponde al 03 de febrero del 2021 al 26 de febrero del 2021 se reportaron un total de 92 consultas médicas gratuitas siendo la patología de mayor frecuencia la probable infección por SARS COV 2 con un 20% de la consulta, donde se 8utomaban signos vitales principalmente oxigenación, dando tratamientos más certeros según los artículos publicados, explicación de técnica de lavado de manos uso de cubrebocas alcohol gel, mantener distancia de 1 metro, evitar contacto directo con personas que presenten tos, fiebre o síntomas de COVID 19. Se daban datos de dificultad respiratoria así como ejercicios pulmonares.

## Inmunizaciones

No se realizó ninguna inmunización durante la estancia en éste centro, debido a la falta de vacunas y material; se brindaba información necesaria a madres sobre la inmunización que tocan en cada grupo de edad.

## Detección de Cáncer de mama y cervicouterino

Se incentivaba a la población a la realización de citología cervical anual, así como mastografía a partir de los 40 años de edad, en dicho centro de atención no se contaba con material para la toma de muestras de citología cervical ni lugar de referencia para estudio posterior.

## CAPITULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

### En relación a su formación como persona

Durante la estancia en el Centro de Atención Social que brindaba consultas médicas gratuitas a los pobladores de San Martín Cuautlalpan y delegaciones cercanas se atendió un total de 1 184 consultas en las cuales se reafirma cómo entablar una relación médico-paciente, así como la generación de empatía por parte del médico para con sus pacientes. Además de pacientes en este centro se generaron amistades que durarán mucho tiempo, basadas en el respeto, en la empatía y en la admiración generada por ambas partes.

Los comunidad de San Martín Cuautlalpan es una de las más grandes de Chalco, en ella se encuentran altos índices de marginidad de los cuales te das cuenta en la consulta, muchas de las personas que aquí habitan no tienen los recursos necesarios para llevar un adecuado apego al tratamiento, no teniendo dinero para comprar sus medicamentos o las dietas que deben llevar a cabo. Al inicio del servicio conocí a una paciente femenina de 41 años de edad la cual fue diagnosticada con trastorno depresivo mayor por cómo era tratada en su casa (agresiones verbales, familiares le ocultaban el medicamento, no tener posibilidades económicas por tener que cuidar a sus padres a toda hora), se dio tratamiento farmacológico al cumplir con las pautas de diagnóstico del DSM-V, escala de Hamilton, escala de Beck y CIE 10; al no contar con los ingresos necesarios para financiar su medicamento se tomó la decisión de estarle brindando el tratamiento, siendo una gran paciente al acudir a todas sus citas programadas y tomando el medicamento así como se indicó, expresando sus dudas en la consulta siempre con la idea de comprender lo que le sucedía, se indicó un tratamiento conjunto con psicólogo que cobraba muy económica la consulta, no obstante no se encontraba en la posibilidad de conseguir dinero para ello. Tomando esto en cuenta se tomó la decisión de brindarle trabajo en el módulo solo barriendo y trapeando recibiendo una remuneración por esto. Indico que no quería ir al psicólogo; que prefería gastar el dinero en comida para sus papás. Esta decisión en vez de molestar me mostró los diferentes puntos de vista de las personas, todos en algún momento a pesar de tener enfermedades, conocer sus complicaciones; tenemos distintos tipos de prioridades, en éste caso al ver a sus papás sin tener dinero para comer y a sus hermanos darles la espalda, decidió darle la espalda a su padecimiento, seguía con el tratamiento farmacológico y acudiendo a su consulta de forma rutinaria, pero completar el tratamiento lo dejaría a espera de una estabilidad financiera, con lo cual genera empatía por mi parte, por la parte de la enfermera y los oficiales, detrás de cada rostro en la consulta existen miles de problemas y responsabilidades que no quedan en nuestras manos, nuestro deber es escuchar, informar y concientizar a los pacientes.

En ocasiones nos quedamos con ganas de darles más, pero en México hay un índice de pobreza bastante amplio y no podemos, aunque queramos dar más; lo que la universidad y nuestros maestros

nos han enseñado, nuestro conocimiento y amor por la humanidad. La generación de empatía para generar un lazo más estrecho con los pacientes con el cuál se sientan gustosos de acudir a la consulta, deseosos de saber cómo va encaminado su tratamiento, de que va su patología y que ellos también ayuden a difundir información, rompiendo estigmas acerca de sus padecimientos.

### En relación a su formación profesional

Estando en primer nivel de atención aprendemos a realizar nuestros máximos esfuerzos para la prevención, educación, protección y detección temprana de enfermedades. En la consulta médica externa se tratan hasta el 70 % de los padecimientos más frecuentes como lo son: Diabetes mellitus tipo II, Hipertensión arterial sistémica, la obesidad y sus consecuencias.

Ante dicha problemática lo más importante es la prevención ante la comunidad, de enfermedades que puedan llevar a la discapacidad del paciente.

La Universidad Autónoma Metropolitana forma médicos capaces de abordar problemas de salud de manera crítica a través del manejo de la metodología científica, siendo nuestro principal objetivo estar actualizados sobre los tratamientos, control y divulgación de los padecimientos de nuestros pacientes, estando siempre atentos a nuevas guías siempre pensando en el beneficio de los pacientes y la superación propia.

Al salir del internado médico y llegar al servicio social existe un gran cambio, teniendo la posibilidad de interactuar en mayor medida con nuestros pacientes, siendo completamente responsables de detectar su padecimiento, darle tratamiento y seguimiento. Reforzando lo que ya sabes y continuando el aprendizaje día con día, generando una consulta de calidad. Aprendiendo de tus errores, aceptándolos y corrigiéndolos, sabiendo que la próxima vez que enfrentes algo similar darás el mejor tratamiento.

Durante mis primeros días en el consultorio me di cuenta que aquello que me decían mis profesores, mis adscritos y mis residentes era cierto, dando consulta en el internado crees que será pan comido dar consultas generales, pero no; al contrario, los primeros días me sentía muy nerviosa, saber que llegaba un paciente, una embarazada, un pediátrico me daba pavor, pensar que podía dar mal alguna dosis, algún medicamento... Con el paso del tiempo eso que tanto temía nunca sucedió, me di cuenta que tanto mis compañeros como yo estábamos egresando y representando a una de las mejores casas de estudios del país, a todos nuestros profesores que en el camino nos topamos, a todos los adscritos de hospitales a los que asistimos; demostrando que si llegamos hasta aquí fue por algo, nuestros conocimientos en éste tipo de comunidades valen oro para los pacientes. Dándonos cuenta de esto comencé a dar siempre las consultas con más seguridad pero con la misma precaución, con empatía, con respeto siempre buscando el bienestar de los pacientes y la comunidad.

## En relación a su aportación a la comunidad

En la consulta médica se lograron identificar las patologías más frecuentes mes a mes, viendo muchos pacientes crónico-degenerativos a los cuáles se les daba tratamiento de acuerdo a las guías de prácticas clínicas, la ADA y AHA, con los cuáles se logró mantener dentro de parámetros normales las cifras de sus padecimientos. La aportación aquí brindada fue la consulta médica gratuita, orientación sobre sus padecimientos, tomo de glucosa y demás signos vitales sin ningún costo. Llegando a tener una gran cantidad de pacientes comprometidos con sus padecimientos, con el adecuado control, estricta dieta, acudiendo de buena manera a sus consultas médicas.

Por parte de planificación familiar se pidió a la coordinación de Dirección de Bienestar el otorgamiento para realizar las actividades adecuadas, no resultando favorable para los pacientes, los cuales la gran mayoría no tenía una buena solvencia ni para comprar un espejo vaginal o condones siendo de gran ayuda que con la paga otorgada por dicha dirección fuera empleada en compra de materiales faltantes, logrando así repartir preservativos, asesoramiento acerca de métodos de planificación familiar, retiro de implantes subdérmicos y DIU.

Por parte de una farmacia local fueron donados un grupo que aunque pequeño de medicamentos que caducaban ese mismo mes, siendo donados a nuestro consultorio siendo otorgados de manera gratuita a los pacientes con menor estatus socio económico.

Se logra identificar un tema más importante que son los trastornos psiquiátricos, de los cuales se hizo la elección de los más frecuentes en el consultorio que fueron los trastornos de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor; diagnosticándolos de acuerdo a diversas escalas con las cuáles se decidía si comenzábamos con un tratamiento farmacológico aunado a tratamiento psiquiátrico o solo tratamiento psiquiátrico, se obtuvieron altos índices de abandono tanto de tratamiento farmacológico como no farmacológico, al interrogar a los pacientes respecto al abandono del tratamiento se encuentra: estigmatización por parte de sus familiares acerca de la patología y sus tratamientos farmacológicos, conocimiento bajo acerca de su padecimiento y bajo nivel socio económico.

Por lo cual se decide dar pláticas acerca de la concientización sobre sus padecimientos: qué son, cómo actúan, cómo actúan los fármacos empleados, por qué no deben dejar de tomarse el fármaco. Por temas de pandemia se decide dar las pláticas dentro del consultorio a los pacientes y a sus familiares, esto mejoraba la actitud y la aceptación del tratamiento.

A los pacientes con pocos recursos se buscaba la manera de conseguir sus medicamentos, ya sea por parte de la dirección de bienestar o por parte monetaria propia.

## En relación con su institución educativa

La Universidad Autónoma Metropolitana forma médicos capaces de abordar problemas de salud de manera crítica a través del manejo de la metodología científica, para poder estudiar los problemas de la población y la resolución de los mismos; independientemente de dónde nos encontremos, podremos realizar acciones de salud, tanto de promoción a la salud, mostrando que somos capaces de trabajar de manera individual como en equipo. Dando énfasis en la promoción de la salud para la prevención de la enfermedad antes de la invalidez del paciente por parte de la misma.

El servicio social de ésta generación fue diferente, se dificultó de muchas maneras debido a la pandemia por COVID 19, adaptándonos a nuestra nueva normalidad. Impartiendo nuestros conocimientos acerca de la materia y aprendiendo a manejarla de diferentes perspectivas, explotado así nuestras habilidades para poder comunicar información en la comunidad mostrándoles la importancia de todas las técnicas que tenemos a la mano para poder mantener un estado de bioseguridad.

Así como brindándoles atención médica de calidad, retribuyendo un poco de lo que nuestra universidad nos ha brindado, aterrizando lo conocimientos aprendidos y obteniendo experiencia clínica que nos servirá en un futuro.

Se nos brinda un alto grado académico basado en el conocimiento científico con el cual todos los profesionales egresados de ésta institución mantienen una permanente actualización en conocimientos y habilidades manteniendo como base su preocupación irrestricta por la calidad de su actividad y crecimiento profesional, que a la par de su conducta, estarán siempre respaldadas por nuestros principios éticos y humanísticos aprendidas en ésta institución.

Siendo capaces de reconocer nuestras capacidades médicas y los criterios para referir en forma oportuna al paciente a otros niveles de atención. Pudiendo interactuar en conjunto con otros profesionales, reconociendo que hay padecimientos que escapan de nuestras manos, el paciente, la familia y la comunidad, para establecer una acción integral en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restitución de la salud y la rehabilitación.

Brindando un trato más personal y cálido, con la búsqueda de la equidad y la eficiencia social demostrando que somos capaces de mostrar los valores morales exigidos por la sociedad en la realización de su diario quehacer.

Además de mostrar que el conocimiento adquirido no es solo nuestro, perteneciendo a la comunidad tanto de pobladores del municipio atendido, así como de futuras generaciones que quieran ingresar

al plantel, transmitiéndoles nuestros conocimientos, habilidades, destrezas y principios éticos de la profesión.