

Salud mental en adultos atendidos en un centro de referencia en Chiapas, México, 2012-2018

 Nájera-Ortiz, Juan C.

 Ocaña-Zúñiga, Jesús

 Aceves-Chávez, Viviana J.

Salud mental en adultos atendidos en un centro de referencia en Chiapas, México, 2012-2018

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 86, núm. 3, pp. 224-234, 2023

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372077295009>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v86i3-1.4978>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Artículo original

Salud mental en adultos atendidos en un centro de referencia en Chiapas, México, 2012-2018

Mental Health in Adults Attended at a Reference Center in Chiapas, México, 2012-2018

Juan C. Nájera-Ortiz^{a*}

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v86i3-1.4978>

Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México

Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines (GRAAL),
México

juan.najera@unicach.mx

 <https://orcid.org/0000-0002-5673-0112>

Jesús Ocaña-Zúñiga^b

Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México

 <https://orcid.org/0000-0003-0300-0797>

Viviana J. Aceves-Chávez^c

Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, México

 <https://orcid.org/0000-0002-3283-8866>

Publicación: 03 Octubre 2023



Acceso abierto diamante

Resumen

Objetivo: Determinar la frecuencia de trastornos mentales y su relación con variables demográficas, antecedentes familiares y consumo de alcohol y drogas en adultos atendidos en la Unidad de Atención a la Salud Mental San Agustín, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, durante el período 2012-2018. **Material y métodos:** Estudio de diseño transversal que incluyó el registro de 4612 adultos, de entre 18 y 60 años de edad, vistos en el servicio de consulta externa de la unidad de atención referida durante el período 2012-2018. **Resultados:** El 50 % de los probandos fueron mujeres; y el 60 % tenían entre 18 y 39 años. Los trastornos más frecuentes encontrados fueron esquizofrenia (31,2 %), trastornos del estado de ánimo (24,1 %) y trastornos de ansiedad (21,9 %). Las variables de edad, sexo, antecedentes familiares, consumo de alcohol y drogas ilícitas se asociaron definidamente con los trastornos más frecuentes, destacando el hecho de que los trastornos del ánimo presentaron mayor prevalencia entre los jóvenes y las mujeres. **Conclusión:** Los hallazgos respecto a los trastornos más prevalentes, así como algunos de los factores asociados a los mismos en este estudio, son consistentes con los encontrados en otros países de la región. Esto puede constituirse en un componente importante de estrategias que mejoren perspectivas y procedimientos en la atención a la población chiapaneca con problemas de salud mental.

Palabras clave: salud mental comunitaria, aspectos psicosociales, adultos.

Abstract

Notas de autor

- ^a Doctor en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable
- ^b Doctor en Ciencias en Desarrollo Sustentable
- ^c Maestra en Ciencias en Salud Pública

Correspondencia: Juan Carlos Nájera Ortiz. Dirección postal: Libramiento Norte Poniente 1150, Potinaspak, 29000, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
Correo electrónico: juan.najera@unicach.mx

Declaración de intereses

- * Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses

Objective. To determine the frequency of mental health disorders and their relationship with socio-demographic variables and consumption of alcohol and tobacco in adults seen at the Mental Health Care Unit “San Agustín” in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, during the period 2012-2018. **Method.** Cross-sectional study that included 4612 adults within a range of 18-60 years old attended at Unit’s outpatient service during the above mentioned period. **Results.** Fifty percent of the total of probands were women, 60% within a range of 18-39 years old. The most frequent disorders were schizophrenia (31.2%), mood (24.1%), and anxiety (21.9%). Variables such as age, sex, family history, and alcohol and illicit drug use were associated with the presence of the most frequent disorders. Similarly, mood disorders presented a higher prevalence among young people and women. **Conclusion.** The trend regarding the most prevalent disorders in this study, as well as some associated factors are consistent with those found in other countries of the region, which, in turn, can be considered as a relevant component of better strategies to improve care procedures for the Chiapas population’s sectors experiencing mental health problems.

Keywords: Community mental health, psychosocial aspects, adults.

INTRODUCCIÓN

La salud mental constituye un tema prioritario en el campo de la salud pública (1). Los padecimientos mentales son distintos de aquellos de naturaleza orgánica, pues quien los sufre es estigmatizado como anormal en razón de no presentar una conducta correcta en los contextos sociales, culturales y familiares (2). En este marco, la salud mental tiene una notoria influencia en la calidad de vida de las personas que padecen trastornos asociados a ella; sin embargo, a pesar de su dimensión e impacto, no es del todo reconocida por el propio personal de salud, siendo en muchas ocasiones subestimada y, en consecuencia, subdiagnosticada, restringiendo, por un lado, a la persona afectada a acceder a una atención médica segura y efectiva, y, por otro lado, al conocimiento de la magnitud del problema.

En la mayoría de los países de Latinoamérica, las barreras de acceso a la atención de salud mental, que, a su vez, aumentan la brecha de tratamiento, se originan tanto a nivel gubernamental como individual (3). Muchas personas con trastornos mentales no buscan atención médica debido al estigma o al limitado acceso a los servicios de atención de salud mental especializada (4).

En México, los trastornos mentales representaron el 19,3 % de años perdidos por discapacidad (APD) para ambos sexos y en todas las edades (5). A pesar de esta situación, en la práctica no existe un modelo efectivo para su atención que esté articulado a las políticas de salud pública nacionales; tampoco hay un abordaje comunitario, interdisciplinario e intersectorial centrado en las personas, que entienda la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados-rehabilitación psicosocial, y que comprenda a las problemáticas en salud mental como complejas y multidimensionales en el marco de un proceso de determinación social. Una de las propuestas ante este panorama debería ser la integración de la salud mental al primer nivel de atención, lo cual posibilitaría la detección temprana, la prevención y el tratamiento de algunos trastornos (6).

En el caso particular del Estado de Chiapas, su diversidad cultural se define por la convivencia de una población mestiza y más de 14 grupos de pueblos originarios, los cuales habitan en localidades poblacionalmente dispersas en las 15 diferentes regiones que lo conforman (122 municipios). Esta realidad adquiere especial trascendencia respecto a la problemática del acceso y uso de los servicios de salud y, en específico, de salud mental. Este Estado solamente cuenta con la Unidad de Atención a la Salud Mental San Agustín, que atiende a toda la población que solicita sus servicios en un grupo amplio de patologías, problemas psicológicos y de comportamiento, dentro de los que se incluyen los trastornos establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (7).

Esta unidad de atención médica, considerada de segundo nivel, se encuentra en la capital del Estado de Chiapas, y atiende a los pacientes psiquiátricos, en cuanto a diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación psicosocial, que son remitidos por los servicios del primer nivel de atención o de tipo privado. Para cumplir con estos servicios, la unidad de atención cuenta con 40 camas censables, distribuidas en 20 camas por cada pabellón (hombres y mujeres) que ofrece la atención de especialidades psiquiátricas. La plantilla cuenta con un total de 2 psiquiatras, 10 médicos generales capacitados en el área de salud mental, 6 psicólogos clínicos, 32 enfermeras y 2 trabajadoras sociales, quienes anualmente atienden en promedio a 6000 pacientes con padecimientos psiquiátricos. El personal de salud atiende en diferentes turnos: matutino, vespertino, nocturnos y fin de semana, para cubrir la atención los 365 días del año.

Dado este contexto, resulta relevante conocer la frecuencia de trastornos mentales presentados y las características de los pacientes que tienen la oportunidad de acudir a este tipo de servicios de salud de especialidad. Esta situación reviste gran importancia si consideramos que, a pesar de que las estadísticas oficiales sobre el suicidio han sido motivo de discusión y controversia, se ha reconocido en el Estado esta problemática como alarmante, en particular en edades tempranas (8).

Vale la pena señalar que hasta el 2020, año en que se creó la Dirección de Salud Mental y Adicciones como dependencia del Gobierno de Chiapas, no existía institución alguna para dar seguimiento a las enfermedades mentales y generar conocimiento en torno a ellas en el contexto local (9). Por estas razones, el objetivo del presente trabajo fue determinar la frecuencia de problemas de salud mental y la posible

relación de las principales de ellas con variables demográficas, antecedentes familiares, así como con el consumo de alcohol y drogas, en adultos consultantes de la Unidad de Atención a la Salud Mental San Agustín en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, durante el período 2012-2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de diseño transversal. Se evaluó 4612 expedientes de adultos, cuyas edades oscilaban entre 18 y 60 años, que acudieron al servicio de consulta externa de la Unidad Atención a la Salud Mental San Agustín, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2018.

Para la recolección de la información, previa autorización de las autoridades de la unidad de salud, se recuperaron todos los expedientes en el archivo clínico del hospital, conjuntando los correspondientes al período mencionado, independientemente del servicio por el que fueron atendidos. Posteriormente, se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión. De esta manera, se obtuvo la información (variables sobre antecedentes, sociodemográficas y clínicas) de la historia clínica, para su posterior captura en una base de datos elaborada en el programa estadístico SPSS versión 22,0.

Con la base completada, se calcularon las frecuencias para las variables categóricas, y la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas. Para evaluar la posible asociación entre los principales trastornos y las variables de interés, se ejecutaron pruebas de independencia empleando el estadístico chi cuadrado, considerando 0,05 de significancia estadística.

El protocolo de investigación de este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de la unidad de salud en cuestión. Aunado a esto, todos los procedimientos fueron adecuados a las recomendaciones para la investigación biomédica de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (10) y a la Ley General de Salud de México (11).

RESULTADOS

La distribución por sexo de los pacientes fue prácticamente pareada, con promedio de edad de 38,5 años, donde la mayoría (60 %) corresponde al grupo de edad entre 18 y 39 años. El 66,5 % había cursado cuando mucho la educación secundaria; el 54,4 % se declaró soltero; las personas que se dedicaban al hogar representaron las de mayor proporción (38,5 %) en comparación con el resto de categorías encontradas. La población provino de las 15 regiones del Estado de Chiapas, entre los que predominaban los pacientes de la región Metropolitana (44,0 %). Asimismo, poco más de la mitad tenía como religión a la católica (50,7 %) (tabla 1).

Tabla 1.
Características sociodemográficas contextuales de los pacientes estudiados

Variable		n	%
Sexo	Masculino	2305	50,0
	Femenino	2307	50,0
Grupos de edad	18-28	1568	34,0
	29-39	1199	26,0
	40-49	716	15,5
	50 y más años	1129	24,5
Estado civil	Soltero	2507	54,4
	Casado	1436	31,1
	Unión libre	338	7,3
	Divorciado	171	3,7
	Viudo	160	3,5
Grado académico	Primaria	1683	36,5
	Secundaria	1409	30,6
	Preparatoria	716	15,5
	Universidad	390	8,5
	Posgrado	29	0,6
	Sin escolaridad	385	8,3
Ocupación	Estudiante	310	6,7
	Profesionista	24	0,5
	Oficios	1498	32,5
	Hogar	1777	38,5
	Ninguna	1003	21,7
Religión	Católica	2336	50,7
	Cristiana	1261	27,3
	Otras	1015	22,0
Residencia	Metropolitana	2029	44,0

En cuanto a las variables sobre eventos antecedentes, más de la mitad (63,4 %) declaró no tener antecedentes familiares de problemas de salud mental. Esto es relevante, pues muchos padecimientos de esta naturaleza, por ejemplo, la esquizofrenia, tienen un componente genético bien establecido (12). Por otra parte, al revisar la distribución de la población, el 67,3 % declaró no consumir alcohol; asimismo, el 81,5 % negó el consumo de drogas (tabla 2).

Tabla 2.

Antecedentes familiares y de consumo de alcohol y drogas de los pacientes estudiados

Variables		n	%
Antecedentes familiares de problemas mentales	Sí	1687	36,6
	No	2925	63,4
Consumo de alcohol	Sí	1509	32,7
	No	3103	67,3
Consumo de drogas	Sí	854	18,5
	No	3758	81,5

Los trastornos más frecuentes encontrados fueron la esquizofrenia con 1426 casos (28,8 %), el trastorno del estado de ánimo con 1111 casos (24,1 %) y la ansiedad con 1007 casos (21,9 %) (tabla 3).

Tabla 3.
Frecuencia de tipo de trastornos mentales por año de diagnóstico y sexo de los pacientes estudiados

Tipo de diagnóstico																									
Categoría	2012			2013			2014			2015			2016			2017			2018						
	Sexo			Sexo			Sexo			Sexo			Sexo			Sexo			Sexo			Sexo			
	M	F	TP	M	F	TP	M	F	TP	M	F	TP	M	F	TP	M	F	TP	M	F	TP	M	F	Total	
Trastornos de estado del ánimo	136	172	308	100	82	182	101	88	189	6	10	16	33	122	155	54	104	158	41	62	103	471	640	1111	
Trastornos de personalidad	77	76	153	117	124	241	175	172	347	15	12	27	44	36	80	43	40	83	40	36	76	511	496	1007	
Esquizofrenia	155	145	300	104	116	220	186	186	372	10	28	38	89	96	185	87	76	163	85	63	148	716	710	1426	
Trastornos de ansiedad, fobia o pánico	39	26	65	26	22	48	18	20	38	0	0	0	34	13	47	40	20	60	12	7	19	169	108	277	
Trastorno de personalidad por uso de sustancias	7	7	14	16	20	36	4	15	19	0	0	0	8	12	20	9	17	26	3	3	6	47	74	121	
Trastornos de personalidad asociados al uso de sustancias	29	30	59	36	33	69	32	14	46	0	0	0	31	6	37	31	3	34	13	3	16	172	89	261	
Trastorno de personalidad antisocial	9	4	13	7	7	14	6	12	18	1	1	2	22	15	37	4	9	13	9	2	11	58	50	108	
Trastorno de personalidad por déficit de inhibición	27	24	51	9	9	18	22	9	31	2	3	5	0	0	0	9	3	12	0	0	0	69	48	117	

os																								
olemas																								
pueden																								
objeto de	2	1	3	4	4	8	10	10	20	2	0	2	0	2	2	5	2	7	0	0	0	23	19	42
ción																								
ica																								
storno del																								
io	2	2	4	0	0	0	3	2	5	0	0	0	0	2	2	0	2	2	1	0	1	6	8	14
storno																								
esivo-	8	16	24	29	19	48	15	17	32	0	0	0	3	9	12	6	3	9	2	1	3	63	65	128
impulsivo																								
al	491	503	994	448	436	884	572	545	1117	36	54	90	264	313	577	288	279	567	206	177	383	2305	2307	4612

Nota: M = Masculino; F = Femenino; TP = Total parcial

En la tabla 4, se desagrega por diagnóstico cada uno de los grupos reportados previamente.

Tabla 4.
Trastornos mentales y tipología en los pacientes estudiados

Tipo de trastorno	Diagnósticos	n	%
Esquizofrenia	Trastorno obsesivo-compulsivo	128	2,8
	Esquizofrenia	864	18,7
	Trastorno esquizoafectivo	447	9,7
Del estado de ánimo	Trastorno depresivo	1111	24,1
De ansiedad	Crisis de angustia	442	9,6
	Trastorno de ansiedad generalizada	565	12,3
De demencia	Demencia	121	2,6
Relacionados a sustancias	Trastorno relacionado con alcohol	260	5,6
Orgánicos	Epilepsia	108	2,3
De inicio en la infancia	Retraso mental	155	3,4
	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	123	2,7
Trastornos obsesivo-compulsivos	Trastorno obsesivo-compulsivo	128	2,8
De personalidad	Trastorno esquizoide de la personalidad	115	2,5
	Trastorno antisocial de la personalidad	88	1,9
	Trastorno límite de la personalidad	29	0,6
Del sueño	Disomnias	14	0,3
Otros problemas	Disfunción familiar	27	0,6
	Migrañas	15	0,3
	Total	4612	100

Al analizar la asociación estadística entre los tres principales trastornos mentales (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad y esquizofrenia) y las variables consideradas para el presente estudio, se encontró que los grupos de edad, sexo, antecedentes familiares, consumo de alcohol y de drogas ilícitas presentaron diferencias estadísticas significativas.

En el grupo de edad de 18-28 años, se observó una mayor frecuencia de trastornos del ánimo, ansiedad y esquizofrenia. Para las mujeres, el trastorno del estado de ánimo resultó el más frecuente. Respecto a los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia, la frecuencia fue muy parecida entre ambos sexos, aunque ligeramente superior en los hombres. Con relación a los antecedentes familiares de trastornos mentales y el consumo de alcohol y drogas ilícitas, quienes refirieron no tenerlos presentaron una mayor proporción de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y esquizofrenia (tabla 5).

Tabla 5.

Principales trastornos mentales y su relación con las variables demográficas los antecedentes familiares y el consumo de alcohol y drogas en los pacientes estudiados

		Trastorno del estado de ánimo	Trastorno de ansiedad	Esquizofrenia	p
Edad (años)	18-28	31,1	30,9	33,3	0,000
	29-39	27,7	27,6	26,8	
	40-49	14,8	18,4	17,4	
	50 y más	26,5	23,1	22,5	
Sexo	Hombre	42,4	50,7	50,2	0,000
	Mujer	57,6	49,3	49,8	
Año de diagnóstico	2012	27,7	15,2	21,0	0,000
	2013	16,4	23,9	15,4	
	2014	17,0	34,5	26,1	
	2015	1,4	2,7	2,7	
	2016	14,0	7,9	13,0	
	2017	14,2	8,2	11,4	
	2018	9,3	7,5	10,4	
Con antecedentes familiares de padecimientos mentales	Sí	36,8	39,2	37,6	0,000
	No	63,2	60,8	62,4	
Consumo de alcohol	Sí	30,8	35,9	30,1	0,000
	No	69,2	64,1	69,1	
Consumo de drogas	Sí	13,3	17,0	16,5	0,000
	No	86,7	83,0	83,5	

DISCUSIÓN

Los problemas de salud mental en Chiapas se configuran, tal y como sostiene González-Robledo et al. (13), a partir de diversos elementos tanto individuales como contextuales, como el estigma y la existencia de una gran desvalorización del tema de prevención o cuidado por gran parte de su población. A esta situación se suman las evidencias de que el sistema de salud de Chiapas (como reflejo del sistema de salud mexicano) no aborda los problemas de salud mental en el primer nivel de atención médica, a pesar de que las últimas políticas e iniciativas mundiales establecen la atención primaria como el punto desde donde se debería expresar la atención comunitaria en salud mental, y que el hospital psiquiátrico ha sido el eje de la atención de salud mental (14); asimismo, este sistema de salud no dispone de establecimientos ni personal capacitado para hacer frente a la demanda de servicios.

Ante esta situación, es de resaltar que las características sociodemográficas que la población de Chiapas presentó (edad promedio de 38,5 años, sin predominio de ningún sexo, poco más de la mitad declaró estar soltero, con alta frecuencia de personas dedicadas al hogar, que tienen como ocupación un oficio, con educación secundaria cursada cuando mucho) coinciden, en cuanto a estas variables, con lo reportado muy previamente por Medina-Mora et al. (15) en su estudio sobre la prevalencia de trastornos mentales y el uso de servicios en México; además, en diferentes estudios de Latinoamérica con adultos, se ha observado que la posición socioeconómica se relaciona negativamente con la prevalencia de trastornos mentales (15-17).

En relación con estos datos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (18) revela que los trastornos mentales y del comportamiento representa cinco de las diez principales cargas de morbilidad y APD en personas de 15 a 49 años de edad que son habitantes en países de la región de las Américas. De acuerdo con nuestros resultados, uno de cada seis personas participantes pertenecía al grupo de edad de 18 a 39 años, es decir, población considerada económicamente activa. La trascendencia de que este grupo poblacional resulte afectado de manera mayúscula se refleja en el hecho de que, de acuerdo a lo descrito por Murray et al. (19), las enfermedades mentales ocupan los primeros lugares en cuanto a la carga global de enfermedad en México, ya que pueden llegar a ser responsables del 7,5 % de esta, representando aproximadamente 15 millones de días perdidos por mortalidad prematura o por discapacidad. De igual manera, Lozano et al. (20) sostienen que en México los trastornos mentales pueden estar asociados a la pérdida de años de vida asociados con discapacidad (AVD) en el 25 % y 23 % para el caso de la población masculina y femenina, respectivamente.

La población considerada para el presente estudio provino de las 15 diferentes regiones del Estado de Chiapas, ya que esta unidad es considerada de referencia, tanto por los servicios oficiales de salud como por los de tipo particular. Por ello, es de resaltar que se presentó una mayor frecuencia (44,0 %) de las personas que declararon radicar en alguna localidad de la zona Metropolitana, donde se encuentra localizada la unidad de atención médica. Esta ubicación es la de mayor accesibilidad que la población de esta región tiene para acercarse a dicha unidad y, en consecuencia, asistir a consultas para obtener un diagnóstico y una posible atención. Este dato puede revelar que muchas personas con algún trastorno mental, por vivir en localidades alejadas a este centro, pueden no atenderse y, por tanto, no se tiene un registro acerca de ellos.

Esta situación es reflejo de lo que indica la OPS (18), en el sentido de que la organización de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe cuenta con un sistema considerado altamente centralizado, concentrándolo en los hospitales psiquiátricos o de especialidad, aunado a que tampoco hay una estrategia de prevención ni atención temprana.

Los trastornos más prevalentes fueron los trastornos de esquizofrenia, del estado de ánimo y de ansiedad. De esta manera, nuestros resultados concuerdan con los datos que se han venido reportando previamente en México y otros países en diversas investigaciones (21-24), donde se resaltan estos padecimientos como los de mayor frecuencia entre las poblaciones estudiadas.

De todas las enfermedades mentales, dada su magnitud, la esquizofrenia es considerada uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. En México, Díaz-Castro et al. (24) reportaron que este trastorno es el de mayor frecuencia para su atención en un hospital psiquiátrico de referencia. Nuestros hallazgos son consistentes con lo reportado y remarcen la problemática en este entorno, dado que, para el

Estado de Chiapas, y de manera particular para la unidad de atención a la salud mental en cuestión, representa el principal motivo de consulta entre el total de pacientes que solicitan atención. La esquizofrenia ha sido considerada el trastorno mental más grave e incapacitante en todo el mundo, representando el 40-50 % de las hospitalizaciones psiquiátricas (25).

De acuerdo con el DSM-5, los trastornos típicamente denominados depresivos involucran una serie de entidades clínicas conectadas a problemas de diversa gravedad y duración, que a la vez se encuentran englobados dentro de los desórdenes del estado de ánimo. En México, entre la población de 18 a 65 años, se han venido reportando prevalencias del 4,8 % de personas que han presentado episodios de depresión (26). Dada la magnitud de este problema a nivel nacional, no es raro que, para el caso del estado de Chiapas, su principal centro de referencia para la atención de la salud mental reporte a este grupo de padecimientos como los segundos más frecuentes que solicitan atención médica.

En nuestro estudio, los trastornos de ansiedad representaron el tercer grupo más frecuente, a diferencia de lo que se reporta a nivel nacional, donde representan el segundo. Esta situación puede deberse al limitado acceso al servicio de atención de salud mental, lo que deviene en que los pacientes busquen otras alternativas de atención distintas a la psiquiatría, por ejemplo, psicólogos psicoterapeutas, trabajadores sociales y médicos generales, o que no se atiendan. Se ha estimado que entre el 13,6 % y 28,8 % de la población padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (27,28).

La variable sexo se encontró asociada a la frecuencia de presentarse alguno de los trastornos analizados. Para este caso, vale la pena resaltar que se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con el hecho de ser mujer y presentar una mayor proporción de pacientes con diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (29) menciona que, en términos de carga y prevalencia, la depresión se ubica dentro de los primeros lugares entre los trastornos mentales, y es más frecuente en mujeres que en hombres, debido a aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales.

La Encuesta Nacional de los Hogares realizada en 2015 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México reportó que, en términos generales, el 27,7 % ha presentado sentimientos de depresión. Este porcentaje se incrementó conforme aumentó la edad, siendo el grupo de 65 años y más el que presentó mayor proporción de personas con sentimientos de depresión (30). Nuestro estudio no presentó esta tendencia, toda vez que la presencia de episodios de trastornos del estado de ánimo se encontró asociada en una mayor proporción en la población menor de 39 años. Esta situación puede atribuirse a las diferentes fuentes de datos (hogares vs. hospitalaria), aunado a que cerca del 75 % del total de la población estudiada se encontraba por debajo de los 50 años de edad.

Para el caso de la esquizofrenia, de acuerdo a Cernovsky et al. (31), aproximadamente entre el 83-85 % de los pacientes diagnosticados tuvieron su primer brote alrededor de los 40 años de edad, lo cual es consistente con nuestros resultados respecto al grupo de edad más frecuente con diagnóstico de este padecimiento. Tal y como mencionan la Asociación Psiquiátrica Mexicana (25) y Posada-Villa et al. (32), resulta importante para la comprensión de esta enfermedad conocer su epidemiología y las circunstancias personales, sociales y demográficas identificadas como factores de riesgo, así como los factores sociodemográficos.

Por otra parte, sobre el consumo de alcohol y drogas ilícitas y su posible relación con los trastornos mentales, se ha publicado material muy pertinente (33). Un estudio conducido por Marín-Navarrete et al. (34) menciona que el 70 % de las personas que padecen un trastorno mental también presentan alguna adicción concomitante.

En ese sentido, que una persona tenga antecedentes familiares de problemas de salud mental aumenta la probabilidad de que también padezca el mismo trastorno, entre las cuales predomina la esquizofrenia. Aunque un trastorno mental puede ser hereditario en un entorno familiar, puede haber diferencias considerables en la gravedad de los síntomas entre los miembros de la misma. Para nuestro estudio se encontraron evidencias de asociación estadística inversa, lo cual genera incertidumbre. Ello nos hace suponer que, al momento de solicitar información acerca de los antecedentes familiares de trastornos mentales y del consumo de sustancias nocivas para la salud (drogas y alcohol), la información recibida

podría estar sesgada y carecer de veracidad por cuestiones de estigma (35), razón por la cual no se registra de manera completa.

Debido a su alta prevalencia y cronicidad, edad temprana de aparición y discapacidad severa, los trastornos mentales se encuentran entre los más graves de todos los tipos de enfermedades. De esta manera, dado el déficit de información sobre la salud mental, ya que en muchas ocasiones los datos son de difícil acceso y a veces incluso son inexistentes, el hecho de caracterizar sociodemográficamente a la población que la padece y acude a un centro de referencia en el Estado de Chiapas en México, así como conocer cuáles son los trastornos más prevalentes por el cual se solicita atención, aunado a las variables asociadas a su aparición, la información acá reportada resulta crucial y pertinente para, en el marco de las legislaciones vigentes, tomar acciones inmediatas en el área de la salud mental y encaminar el desarrollo de programas a nivel estatal y local que apunten a prevenir, identificar y tratar las enfermedades mentales lo más temprano posible.

Actualmente, es indiscutible que en México los efectos de la pandemia, la violencia, la inseguridad y la inestabilidad económica han tenido un impacto directo en el estado de ánimo de la población que hoy padece una gran variedad de problemas mentales. Las reformas recientes en torno a esta problemática apuntan hacia la transición progresiva del modelo de hospitales psiquiátricos de internamiento forzoso a clínicas generales y una atención comunitaria y apegada a los derechos humanos. Sin embargo, el sector salud mexicano ha mostrado recientemente una variedad de indicadores que apuntan a una incapacidad severa para atender a los pacientes: hay escasez de medicamentos; enfermedades que estaban casi erradicadas por falta de inmunización comienzan a reaparecer; los tiempos de espera son largos; y hay debate sobre la calidad de los servicios. Una parte de estos problemas se debe a un presupuesto ajustado, que incluso ha obstaculizado la capacidad de tratar enfermedades mentales. Solo el 2,1 % del presupuesto de la Secretaría de Salud de México, en promedio, se asignó a problemas de salud mental entre 2013 y 2021 (36). La reforma del modelo de atención a la enfermedad mental requiere recursos presupuestarios y humanos adecuados y capaces. Si esto no sucede, la reforma será una historia hueca con implicaciones potencialmente catastróficas para los ciudadanos y sus familias, ya que una cuarta parte de las personas con trastornos mentales y adicciones, como los reportados en la presente investigación, transitarán hacia la severidad, frente a una brecha de atención de cerca del 80 % (36).

Para finalizar, es pertinente señalar que este trabajo tuvo como principal limitación que no se realizó una verificación clínica personalizada sobre los pacientes, sino que se recuperaron datos de los expedientes clínicos existentes, los cuales están expuestos al criterio y juicio subjetivo del personal médico que realizó la valoración. Por otra parte, es muy posible que estos problemas se hayan acrecentado durante y después del confinamiento por la pandemia de la COVID-19, principalmente aquellos que tienen que ver con el estado de ánimo, tal y como se señaló previamente, por lo que es necesario retomar algunos puntos generados en esta investigación para futuros análisis.

Agradecimientos

Ninguno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roses Periago MN. La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2005; 18(4-5): 223-228. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8039>
2. Restrepo D, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2012; 30(2): 202-211. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918009>
3. Kohn R. La brecha de tratamiento en la región de las Américas [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2017. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-nivel-regional-7363&alias=23177-brecha-tratamiento-americas-177&Itemid=270&lang=es
4. Gómez Dantés O, Frenk J. Neither myth nor stigma: mainstreaming mental health in developing countries. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2018; 60(2): 212-217. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9244>
5. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare data visualization [base de datos en Internet]. Washington: IHME, University of Washington; 2016. 10 de julio de 2023. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
6. World Health Organization-World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective [Internet]. Singapore: WHO-WONCA; 2008. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43935/9789241563680_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Vázquez C, Sánchez A, Romero N. Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En: Caballo VE, Salazar IC, Carrobbles JA, directores. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*; 2014. 2.ª ed. pp. 93-124.
8. Imberton Deneke G. Vulnerabilidad suicida en localidades rurales de Chiapas: una aproximación etnográfica. *LiminaR* [Internet]. 2014; 12(2): 81-96. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/liminar/v12n2/v12n2a6.pdf>
9. Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. Chiapas, modelo de atención integral en la salud mental [Internet]. Chiapas: Secretaría de Salud; 2021, 28 de mayo. Disponible en: <https://saludchiapas.gob.mx/noticias/post/chiapas-modelo-de-atencion-integral-en-la-salud-mental>
10. World Medical Association. World medical association declaration of Helsinki ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* [Internet]. 2013; 310(20): 2191-2194. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318>
11. Carbonell Sánchez M. *Ley general de salud y disposiciones complementarias*. 4.ª ed. Ciudad de México: Tirant to Blanch; 2022.
12. Stilo AS, Murray RM. Non-genetic factors in schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2019; 21: 100. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-019-1091-3>
13. González Robledo LM, González Robledo MC, Nigenda López G, Rodríguez Cuevas FG, Serván Mori E, Matus Cruz R. Depresión y ansiedad en adolescentes de origen indígena de Chiapas, México [Internet]. Morelos: Universidad Autónoma del Estado de Morelos; 2022. Disponible en: <http://libros.uaem.mx/archivos/epub/depresion-ansiedad-chiapas/depresion-ansiedad-chiapas.pdf>

14. Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basaurí V, Galván Reyes J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2013; 33(4): 252-258. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/252-258/es>
15. Medina Mora ME, Borges G, Lara MC, Benjet C, Blanco JJ, Fleiz BC, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* [Internet]. 2003; 26(4): 1-16. Disponible en: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/956/954
16. Ortiz Hernández L, López Moreno S, Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007; 23(6): 1255-1272. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FfRpzWkf5jXF9cvHY63qQ6D/?lang=es>
17. Juárez F. El concepto de salud: una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *Int J Psychol Res* [Internet]. 2011; 4(1): 70-79. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>
18. Organización Panamericana de la Salud WHO-AIMS: informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington DC, EE.UU.: OPS; 2013. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SPA-WHOAIMSREG-\(For-Web-Apr-2013\).pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SPA-WHOAIMSREG-(For-Web-Apr-2013).pdf)
19. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* [Internet]. 2012; 380(9859): 2197-2223. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23245608/>
20. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2013; 55(6): 580-594. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n6/v55n6a7.pdf>
21. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2005; 47(Supl. 1): S4-S11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10609302.pdf>
22. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2005; 18 (4/5): 263-270. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8034>
23. De los Santos PV, Carmona-Valdés SE. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Poblac Salud Mesoam* [Internet]. 2018; 15(2): 5. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
24. Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Medina-Mora ME, Berenzon-Gorn S, Robles-García R, Madrigal-de León EA. Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2020; 62(1): 72-79. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10323>
25. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. *Salud Mental* [Internet]. 2014; 37(Supl. 1). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37s1/v37s1a1.pdf>
26. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental* [Internet]. 2012; 35: 3-11. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a2.pdf>
27. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)

- project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* [Internet]. 2004; (420): 38-46. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x>
28. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2005; 62(6): 593-602. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939837/>
 29. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 [Internet]. Washington: OMS; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-salud-mental-2015-2020>
 30. Centros de Integración Juvenil, A. C. Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas [Internet]. Ciudad de México: Centros de Integración Juvenil, A. C.; 2018. Disponible en: <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/prevencion/libro2.pdf>
 31. Cernovsky ZZ, Landmark JA, O'Reilly RL. Edad de inicio y modelos clínicos en la esquizofrenia. *Eur J Psychiatr* (ed. esp.) [Internet]. 2002; 6(3): 174-180. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000300006
 32. Posada Villa JA, Buitrago Bonilla JP, Medina Barreto Y, Rodríguez Ospina M. Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Nova* [Internet]. 2006; 4(6): 33-41. Disponible en: <https://revistas.unicolmayor.edu.co/index.php/nova/article/view/67>
 33. Rojas E, Real T, García-Silberman S, Medina-Mora ME. Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental* [Internet]. 2011; 34: 351-365. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n4/v34n4a8.pdf>
 34. Marín-Navarrete R, Benjet C, Borges G, Eliosa-Hernández A, Nanni-Alvarado R, Ayala-Ledesma M, et al. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Ment* [Internet]. 2013; 36: 471-479. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n6/v36n6a4.pdf>
 35. Goffman E. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu; 2006.
 36. Secretaría de Salud de México. Diagnóstico operativo de salud mental y adicciones [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/647723/SAP-DxSMA-Informe__2_.pdf

Financiamiento

Fuente: El estudio ha sido autofinanciado por los investigadores.

Enlace alternativo

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4978/5197> (pdf)