

INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

ISEO



POSGRADO
TESIS



INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE
DOCTORADO EN SALUD MENTAL

**DEPRESION: DISPONIBILIDAD y ACCESO AL SISTEMA DE
ATENCIÓN EN UNA COMUNIDAD RURAL Y URBANA DE MÉXICO.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTOR EN SALUD MENTAL

PRESENTA:

MTRO. VARGAS RAMIREZ JOEL FRANCISCO

0009-0007-4465-7628

DIRECTOR:

DRA. FERNANDA GUADALUPE RASCÓN ARRIAGA

0000-0002-7201-5354

CODIRECTOR:

DR. MITL MAQUEDA SILVA

0009-0006-1425-4310

Tepic, Nayarit, México Diciembre del 2024.

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre del alumno: Joel Francisco Vargas Ramírez

Matrícula: B221173

Programa académico: Doctorado en Salud Mental

Título de la tesis: Depresión: Disponibilidad y Acceso al Sistema de Atención en una Comunidad Rural y Urbana de México

Nombre del Director de Tesis: Dra. Fernanda Guadalupe Rascón Arriaga

Nombre del Codirector de Tesis: Dr. Mitl Masqueda Silva

Fecha de aprobación: 19 de diciembre de 2024

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis titulada, presentada por el alumno(a), cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de **DOCTOR EN SALUD MENTAL**


COMITÉ DE TESIS

DIRECTOR DE TESIS



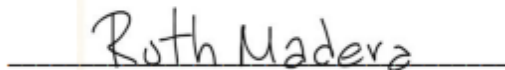
DRA. FERNANDA GUADALUPE RASCÓN ARRIAGA

CODIRECTOR DE TESIS



DR MITL MASQUEDA SILVA

DIRECTOR ACADÉMICO Y DE INVESTIGACIÓN



DRA. RUTH LIZZETH MADERA SANDOVAL



GOBIERNO DEL EDO. DE NAYARIT
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN
"INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE"
PARTICULAR
CLAVE: 18PSU0059K

INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE OCCIDENTE

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE®

Nuevos Retos, Nuevas Oportunidades®

Av. Juárez. No. 67. Col. Centro. C.P. 63000. Tepic, Nay. México.

(01 311) 160 51 13, 169 22 18

www.iseo.edu.mx

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, el que suscribe, **JOEL FRANCISCO VARGAS RAMIREZ**, en mi calidad de autor legítimo del trabajo titulado “**DEPRESION: DISPONIBILIDAD y ACCESO AL SISTEMA DE ATENCIÓN EN UNA COMUNIDAD RURAL Y URBANA DE MÉXICO.**”, manifiesto que, como antecedente, he firmado la **CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS** mediante la cual he cedido los derechos patrimoniales sobre mi obra **A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE**.

En este sentido, autorizo al **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su **Repositorio Institucional** y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** y forma parte integral de los anexos de “**LA OBRA**”.



ATENTAMENTE
MTRO. VARGAS RAMIREZ JOEL FRANCISCO

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Joel Francisco Vargas Ramirez
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	DEPRESION: DISPONIBILIDAD y ACCESO AL SISTEMA DE ATE...
Nombre del archivo:	cisco_vargas_ramirez_17-12-2024_Recuperado_autom_ticam...
Tamaño del archivo:	2.77M
Total páginas:	181
Total de palabras:	53,864
Total de caracteres:	287,465
Fecha de entrega:	18-dic.-2024 04:30p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	2555597712



INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

DEPRESION: DISPONIBILIDAD y ACCESO AL SISTEMA DE
ATENCIÓN EN UNA COMUNIDAD RURAL Y URBANA DE MÉXICO.

Tesis para obtener el grado de:
DOCTOR EN SALUD MENTAL

Presenta:
MTRO. VARGAS RAMIREZ JOEL FRANCISCO

Matrícula:

B221173

Director:

Dra. Fernanda Guadalupe Roscón Arriaga

Codirector:

Dr. Mfr Maqueda Silva

Tepic, Nayarit, México Diciembre del 2024.

1

DEDICATORIAS.

- A Dios: Que todo lo hace posible.
- A mis padres: Que me dieron la vida.
- A mi esposa: Que, desde la carrera de medicina, me ha acompañado y apoyado en todo.
- A mis hijos: Que son motivo de crecimiento personal y profesional.
- A mis maestros: Que me han enseñado como vivir dignamente y con decoro.

AGRADECIMIENTOS.

- M.C. Angie Martínez Muñoz.

Medico adscrito a Centro de salud TIII Román Carrillo.

Por su apoyo para la realización de encuesta en Iztapalapa.

- Pbro. José Antonio Rodríguez

Párroco de la parroquia santa Clara del Cobre, Michoacán.

Por su apoyo para el acceso a la comunidad en Cuangatzio, Mich.

- Olvin Quiroa

Seminarista religioso

Por su apoyo en el levantamiento de encuesta en Cuangatzio, Mich.

- Enfermero: Octavio Alejandro Vargas Jiménez.

Mi hijo

Por participar en levantamiento de la encuesta

Índice

Introducción.....	15
--------------------------	-----------

Capítulo 1. Planteamiento del Problema.

1.1 Antecedente.....	18
1.2 Contexto	24
1.3 Definición del problema de investigación.....	29
1.4 Objetivo general	33
1.5 Objetivos específicos	33
1.6	
Justificación.....	33
1.7 Beneficios esperados	37
1.8 Limitaciones	38
1.9 Alcances.....	38

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1 Depresión.....	40
2.2 Definición conceptual.....	42
2.3 Depresión en México.....	55
2.4 Acceso y disponibilidad de servicio en salud.....	57
2.5 La importancia de la prevención.....	72
2.6 Depresión en comunidades rurales y urbanas.....	75

Capítulo 3. Metodología

3.1 Línea de investigación	83
3.2 Metodología utilizada.....	84
3.3 Diseño metodológico.....	86
3.4 Población.....	90
3.5 Procedimiento de selección de muestra.....	93
3.5.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	94
3.6 Participantes.....	94
3.7 Técnicas e instrumentos empleados.....	95
3.8 Procedimiento de recolección de datos.....	99
3.9 Desarrollo de etapas de investigación.....	101
3.9.1 Etapa 1 selección de objeto de estudio.....	101
3.9.2 Etapa 2 trabajo de campo.....	101
3.9.3 Etapa 3 análisis de la información.....	102
3.9.4 Etapa 4 Presentación de resultados.....	103
3.9.5 Etapa 5 Análisis de la información y conclusiones.....	104
3.10 Aspectos bioéticos.....	105

Capítulo 4 Análisis y Discusión de Resultados.106

4.1 Análisis de resultados	106
4.2 Discusión	131

Capítulo 5. Conclusiones.....136

5.1 Hallazgos	136
---------------------	-----

5.2 Recomendaciones	149
5.3 Investigaciones futuras	152
5.4 Limitaciones.....	156
5.5 Validez de la investigación	157
5.6 Conclusiones general y reflexiones personales	160
Referencias	163
Apéndices	178
Apéndice A Instrumento: Inventario de depresión de Beck (BDI-II) y preguntas sobre disponibilidad de servicios de salud mental.....	178
Apéndice B Dictamen de aprobación emitido por el Comité de bioética en investigación.....	186
Curriculum Vitae	187

Índice de tablas

Tabla 1.- Hallazgos frecuentes en la medición de la calidad de los servicios de Salud en México.....	66
Tabla 2.- Depresión según tipo de población urbana y rural, frecuencia y porcentaje.....	109
Tabla 3.- Servicio médico según población urbana y rural, frecuencia y porcentaje.....	110
Población según sexo y porcentaje en población urbana y rural...	
Tabla 4.- Depresión y servicio médico según población urbana (Total y OR).....	111
Tabla 5.- Depresión y servicio médico según población rural (Total y OR).....	112
Tabla 6.- Servicio de salud mental en tu comunidad y tipo de población urbana y rural, frecuencia y porcentaje.....	113
Tabla 7.- Depresión y servicio de salud mental disponible en población rural (Total y OR).....	114
Tabla 8.- Depresión y servicio de salud mental disponible en población urbana (Total y OR).....	115
Tabla 9: Grupo de edad y grado de depresión en población rural.....	116
Tabla 10: Grupo de edad y grado de depresión en población urbana.....	117
Tabla 11.-Población según sexo frecuencia y porcentaje en población urbana y rural.....	118
Tabla 12.- Depresión según sexo en población rural (Total y OR).....	119
Tabla 13.- Depresión según sexo en población urbana (Total y OR).....	119

Tabla 14.- Estado civil según población urbana y rural frecuencia y porcentaje...	120
Tabla 15.- Depresión y estado civil en población rural (Total y OR).....	122
Tabla 16.- Depresión y estado civil en población urbana (Total y OR).....	123
Tabla 17.-Ocupación principal, según población urbana y rural, frecuencia y porcentaje.....	124
Tabla 18.- Depresión según ocupación en población rural (Total y OR).....	125
Tabla 19.- Depresión según ocupación en población urbana (Total y OR).....	126
Tabla 20.-Población urbana y rural según educación, frecuencia y porcentaje...	127
Tabla 21.- Depresión según educación en población urbana (Total y OR).....	128
Tabla 22.- Depresión según educación población rural (Total y OR).....	130

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Presupuesto para salud mental en México 2024.....	61
Figura 2: Localización del centro de salud Guillermo Román Carrillo.....	91
Figura 3: Localización de Cuangatzio, Michoacán.....	92

ANEXOS

ANEXO1: cédula de encuesta.....	178
---------------------------------	-----

RESUMEN

La investigación realizada determinó las prevalencias de depresión en una comunidad rural de Cuangatzio, Michoacán y en una comunidad urbana de Iztapalapa CDMX, utilizando el instrumento de Beck (BDI-2), además de explorar la disponibilidad de servicios de salud y su acceso a servicios de salud mental, en ambas comunidades. Relacionando las covariables que se desprenden del instrumento como edad, sexo, educación, ocupación y estado civil con los casos de depresión, encontrando que existe depresión en ambas comunidades, (39% comunidad urbana y 31% en la comunidad rural), la cual es mayor que a las reportadas a nivel nacional. Se encontró que hay un alto porcentaje de la población rural de Cuangatzio, Michoacán que no tiene acceso a ningún sistema de salud en un 58%, ni servicio médico general y mucho menos especializado en salud mental. La población rural refiere una mayor utilización de servicios públicos, y en menor porcentaje servicios médicos privados. Por otra parte, la comunidad urbana cuenta con servicio médico, psicológico y psiquiátrico en la unidad donde se realizó la detección, pero un alto porcentaje desconoce la existencia de los servicios de salud mental. Se encontró mayor porcentaje de depresión en la comunidad urbana, comparada con la rural, presentando mayor riesgo de desarrollar depresión moderada en las mujeres y depresión grave en los hombres. El estado civil soltero, y tener como ocupación principal ser estudiante, reportó mayor riesgo de desarrollar depresión en las dos comunidades. Estos resultados nos conducirán a generar rutas de atención más accesibles y asequibles, que impacten en la salud pública, en referencia a los altos costos de atención de pacientes con depresión grave,

secundario al ausentismo laboral, y disminuir la asociación de depresión grave, con el riesgo de suicidio, que ha aumentado de forma considerable en nuestro país, desde la pandemia covid-19.

ABSTRACT

The research carried out determined the prevalence of depression in a rural community of Cuangatzio, Michoacán and in an urban community of Iztapalapa CDMX, using the Beck instrument (BDI-2), in addition to exploring the availability of health services and their access to mental health services in both communities. Relating the covariates that emerge from the instrument such as age, sex, education, occupation and marital status with the cases of depression, finding that depression exists in both communities (39% urban community and 31% in the rural community), which is higher than those reported at the national level. It was found that there is a high percentage of the rural population of Cuangatzio, Michoacán that does not have access to any health system (58%), nor general medical service and much less specialized in mental health. The rural population reports a greater use of public services, and to a lesser extent private medical services. On the other hand, the urban community has medical, psychological and psychiatric services in the unit where the detection was carried out, but a high percentage is unaware of the existence of mental health services. A higher percentage of depression was found in the urban community, compared to the rural community, presenting a higher risk of developing moderate depression in women and severe depression in men. Single marital status, and having a student as their main occupation, reported a higher risk of developing depression in both communities. These results will lead us to generate more accessible and affordable care routes, which impact public health, in reference to the high costs of caring for patients with severe depression, secondary to absenteeism from work, and to reduce the association of severe depression with the

risk of suicide, which has increased considerably in our country since the covid-19 pandemic.

INTRODUCCIÓN.

La depresión es un trastorno que, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2017), se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración con alto impacto en todos los países, esta contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, es una de las principales causas de discapacidad y de acuerdo con la OMS (2021), se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con altas prevalencias en todos los segmentos de la población.

Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Por lo anterior, la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo (OMS 2022).

Ante el panorama epidemiológico referido anteriormente es de vital importancia contar con información actualizada acerca de la prevalencia de esta enfermedad, y ampliar el conocimiento de su comportamiento en los distintos entornos de nuestro país, donde la mayoría de las fuentes bibliográficas refieren el aumento en el número de casos en especial después de la pandemia de Covid-19, (SEGOB 2022).

Esta investigación contribuyó a generar conocimiento acerca de la presencia de depresión, en las comunidades estudiadas como problema de salud pública, pues en

nuestro caso, no existía información específica, acerca de la incidencia de depresión en la comunidad de Cuangatzio, Michoacán, ni de la comunidad que atiende el centro de salud TIII Guillermo Román Carrillo, lo cual es importante para comprender mejor el comportamiento del fenómeno en la actualidad.

El objetivo de este trabajo fue realizar una encuesta para conocer la prevalencia de depresión en una comunidad rural y en una comunidad urbana utilizando el instrumento de BECK para depresión (BDI-II), que es un instrumento validado para las poblaciones mexicanas (Muñiz, y Fernández-Hermida, 2010). Comparando sus niveles de depresión, y explorando el acceso al sistema de salud en sus respectivas comunidades, así como las covariables socioeconómicas que se desprenden del instrumento y realizar una revisión de investigaciones actuales que permiten ubicar a la depresión, como un problema importante de salud pública en México.

Aunque los avances en el conocimiento sobre la depresión no dejan duda respecto al tremendo impacto que ésta tiene en la calidad de vida de la población, una gran mayoría de los individuos no acude a tratamiento, principalmente por falta de acceso a los servicios y en segundo lugar por falta de una cultura en salud mental, que depende en gran medida de una adecuada concientización en promoción y prevención en salud mental, lo que conlleva a un incremento en la discapacidad y en el impacto económico y social. (OPS 2024).

En México, menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado. (Cerecero et al., 2020).

En este sentido, México es una de las naciones que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención. Aunado a lo anterior, cuando los pacientes acceden a los

servicios de salud, solamente 50% de ellos reciben algún tipo de tratamiento mínimo adecuado, es decir, de por lo menos cuatro sesiones de psicoterapia y, en el caso de prescripción de psicotrópicos, al menos dos visitas con el médico o psiquiatra y tratamiento con los fármacos por algún periodo, lo que determina la urgencia de optimizar la profesionalización de los servicios de salud del área mental en los diferentes niveles de atención del aparato de salud que provee el estado para todo el país, (Cerecedo-García, D., et al. 2020).

Respecto a la investigación es de tipo cuantitativo, observacional, transversal en una comunidad urbana de un centro de salud de Iztapalapa CDMX y en una comunidad rural de Cuangatzio, Michoacán. En esta investigación se abordó la frecuencia de depresión, y el acceso al sistema de salud, así como los factores asociados desprendidos del instrumento y se determinó el riesgo en asociación con la depresión, mediante regresión logística, utilizando paquete SPSS 27.0.

La investigación se desarrolló directamente en campo, en las comunidades de Cuangatzio, Michoacán, que es una población rural, con una muestra de 113 personas y en el centro de salud TIII Guillermo Román Carrillo con una muestra de 154 participantes, en el mes de diciembre del 2023.

Los resultados se exponen en la sección correspondiente mediante el uso de tablas, describiendo las características de cada comunidad basadas en los datos que se desprenden del instrumento de evaluación, resaltando que, aunque en las dos comunidades hay altas prevalencias de depresión, las cuales son mayores a las reportadas a nivel nacional. No se dispone de servicios accesibles en las comunidades rurales dispersas como en el caso de Cuangatzio, Michoacán, y donde se dispone de servicios de salud mental como en el centro de salud TIII Román

Carrillo de Iztapalapa CDMX, se obtuvo como resultado, índices de depresión mayores en la comunidad urbana (39%) en comparación con la rural (31%).

Se detectó un alto riesgo de padecer depresión en estudiantes de ambas comunidades, que presentaron mayor riesgo de desarrollar depresión grave, en especial la población rural, (OR 10.2 comunidad rural, OR 8.11 en la comunidad urbana), se observó un alto porcentaje de personas encuestadas que manifiestan, no contar con servicios de salud mental en su comunidad, o bien que no saben si existe servicio de salud mental en ambas comunidades, aunque en el caso de la comunidad urbana se dispone de servicio médico, psicológico y psiquiátrico, se desconoce la oferta de servicios de salud mental disponibles en su unidad de atención .

El trabajo concluye, con la importancia de realizar detección y diagnóstico de salud mental comunitario en las poblaciones rurales para facilitar el acceso a servicios de salud profesionalizados, así como la urgencia de promocionar los mismos, en las comunidades urbanas que cuentan con los servicios de salud mental, además de una reflexión en forma personal, acerca de las implicaciones de la investigación en esta área para las políticas públicas, tomando en cuenta los nuevos paradigmas de atención en salud se estimula la conducta preventiva, que incluya detección y tratamiento oportuno.

Capítulo 1. Planteamiento del problema

1.1. Antecedentes.

La depresión se ha convertido en un problema de salud pública, por su alto impacto y el efecto en la economía de los países, (Corea Del Cid, 2021). De acuerdo con la OMS, (2004) la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad.

Este padecimiento contribuye de manera significativa a la carga global de la enfermedad, es una de las principales causas de discapacidad y se estima que más de 350 millones de personas a nivel mundial están afectados por ella lo cual coincide, con la mención de que el bienestar mental, en todas las esferas del individuo en su micro y macroambiente, es una parte elemental de la salud a nivel integral que debe ser extensiva a la salud mental, (OMS, 2022).

Este padecimiento impide que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad, tiene la característica de que se está presentando cada vez con más frecuencia en grupos jóvenes, aunado al ausentismo laboral, constituye un elevado gasto en salud y pérdidas económicas, por lo que cada vez más países están centrando esfuerzos en su atención (OMS 2021).

De acuerdo con la OMS (2022), la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3.8% de la población incluidos un 5% de los adultos y un 5.7% de los adultos de más de 60 años. Se debe entender que la depresión es un padecimiento clínico bien característico, es distinta de las

variaciones habituales del estado de ánimo, y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana.

Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento en la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años según Pérez Padilla, et al. (2017). Lo cual implica vital importancia pues se encuentra dentro del grupo etario más amplio en los países más poblados del mundo, entre ellos México (INEGI 2023).

Aunque hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos, como nuestro país México, en especial durante la pandemia de acuerdo con Morales Chaine, Silvia et al., (2021), no recibe tratamiento alguno lo cual es consecuencia de una baja preparación del personal de salud para realizar una adecuada detección y tratamiento mediante un sistema de salud integral que otorgue una atención oportuna a cada paciente.

Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de proveedores de atención de salud capacitados, además de la estigmatización asociada a los trastornos mentales, como lo señala Mascayano Tapia (2015), pues considera a la estigmatización, como una interacción social con consecuencias negativas, como baja autoestima y menor calidad de vida. En países de todo tipo de ingresos, las personas que experimentan depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no padecen el

trastorno, son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos, sin un diagnóstico integral, profesionalizado con equipos multidisciplinarios.

Como señala en su investigación Pérez Padilla et al. (2017), la depresión es un trastorno mental común, ya que, uno de diez adultos, sufre de depresión, y aproximadamente 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento puede impactar notablemente en una alta disminución de los síntomas en más de la mitad de los casos. El IMSS (2020) estima que en todo el mundo 350 millones de los adultos padecen depresión. La OMS (2013), señala la depresión como principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afecta más a la mujer que al hombre, que puede llevar al suicidio a pesar de que existe tratamientos eficaces para la depresión, ya sea leve, moderada o grave.

El Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024 de México en su plan específico en materia de atención psiquiátrica a partir del 2018, tiene como objetivo, garantizar el acceso efectivo y con calidad en la atención médica, pues promueve, coordina e implementa actividades de cooperación técnica dirigidas a fortalecer las capacidades nacionales, para desarrollar políticas, planes, programas y servicios, contribuyendo a promover la salud mental, con una atención especializada para reducir la carga de enfermedad que significan las enfermedades psíquicas las cuales restan años de calidad de vida, prevenir las discapacidades y desarrollar la rehabilitación, para lograr la reintegración del individuo a un estado de bienestar y con capacidad de productividad en la comunidad (SEGOB 2022).

La Organización Panamericana de la Salud y sus Estados Miembros adoptaron el Plan de Acción sobre Salud Mental, para orientar las intervenciones de salud mental en las Américas de 2015 a 2020. Considerando a los trastornos mentales y de abuso de sustancias, como entidades frecuentes en todos los países, que requieren de una atención urgente debido a que, contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones y la mortalidad prematura, y aumentan el riesgo de otras afecciones médicas (OPS 2023).

En respuesta a contribuir a la atención en salud, se creó el Programa Nacional de Tele mentoría en Salud Mental y Adicciones con el objetivo de acercar al personal de salud del primer y segundo nivel de atención, a especialistas en salud mental con la finalidad de recibir asesoría y orientación en su práctica clínica, permitiendo así que la población reciba atención oportuna y de calidad. De esta manera, se podrá disminuir la brecha que existe en la atención de la salud mental en nuestro país, esta estrategia va de acuerdo con el Programa de Acción Específico en Salud Mental y Adicciones 2020-2024 de la Secretaría de Salud (SEGOB 2022).

La Atención Primaria es la puerta de entrada de la gran mayoría de estas personas al sistema de salud, una “primera línea” de la que depende el que se puedan diagnosticar los problemas de salud mental lo antes posible, lo que se constituye como la detección oportuna, en estos casos, la detección temprana es fundamental, de este modo, la utilización de los servicios de salud mental adecuada son un reto del sistema de salud en México, (Bautista, 2024). La primera Estrategia del Sistema Nacional de Salud indicaba que el principal punto de contacto con la salud mental para la mayoría de los pacientes es el médico general o familiar, que

en su gran mayoría carecen de una preparación profesionalizada en salud mental, (Benalcázar et al., 2023).

Hasta un 80% de los pacientes psiquiátricos atendidos en salud mental proceden del ámbito de la atención primaria, y de las pacientes reciban únicamente tratamiento farmacológico, perdiéndose la oportunidad de la utilización de la psicoterapia combinada, cuando en muchas ocasiones podrían beneficiarse de abordajes multidisciplinarios con estrategias y técnicas de apoyo y consejo psicológico breve (Castelló, 2016) .

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad, también se señala que, la exposición a adversidades en edades tempranas es un factor de riesgo prevenible, bien establecido de los trastornos mentales (Benalcázar Durán et al. 2023).

Existen grupos poblacionales que presentan condiciones específicas que pueden determinar el desarrollo de ciertos padecimientos, estos pertenecen a grupos sociales con características propias que pueden presentar una desventaja, como son pertenecer a estratos sociales de clase baja, los problemas de salud en especial de las enfermedades crónico-degenerativos, los cuales afectan a un solo integrante de la familia o terminan por afectar a varios integrantes, lo que se traduce en grupos vulnerables a padecimientos mentales, (Evans et al., 2018).

Otro grupo vulnerable incluye a los relacionados a maltrato infantil, en todas sus variantes desde el físico hasta el verbal o abuso sexual, aquellos expuestos a consumo de drogas en individuos que provienen de hogares desintegrados o familias disfuncionales (Enríquez et al., 2021). Se mencionan a las personas pertenecientes a etnias indígenas, ancianos, personas con discapacidad que se incluyen dentro de los grupos vulnerables, pues son individuos que están limitados por su entorno debido a las condiciones económicas, sociales y de acceso a la salud (Mori y Caballero, 2010), lo que constituye un problema de salud complejo que requiere de un abordaje multidisciplinario.

Carreño et al., (2018), en su presentación de panorama epidemiológico refiere que, los trastornos mentales se presentan en el 30% de la población con un costo social y económico elevado, pues elevan el ausentismo laboral y escolar además de requerir atención médica costosa, a pesar de tener buena respuesta a los tratamientos, esto es secundario a la falta de atención por falta de acceso a servicios de salud o a la falta de diagnóstico oportuno, lo cual relaciona a muerte prematura.

En la actualidad la depresión se ha constituido como factor predisponente de enfermedad crónica, asociado a la carga de enfermedad en especial en la enfermedad coronaria, según un estudio hecho por Goldfield (2015), por otra parte, Llorente et al., (2019), resalta el efecto fisiopatológico de la depresión en la evolución de los pacientes con cáncer al observar el retraso de la respuesta inmune en pacientes con estados depresivos aunado además de tener menos apego al tratamiento.

El diagnóstico y tratamiento oportuno es, en la actualidad el nuevo paradigma en atención en salud lo cual se anunciaba desde la declaración de Alma Ata en 1978

con la promoción de atención primaria en salud (IMSS 2023), en lo referente a la atención oportuna, la OPS (2012), refiere que la intervención desde el primer nivel puede reducir entre el 10 y 30% de la carga actual de años perdidos (AVISA).

La atención en salud mental en México esta principalmente centrada en niveles especializados, lo cual retrasa su diagnóstico y tratamiento, para nuestro país existe un retraso en el tratamiento de hasta 14 años para los trastornos del afecto, lo cual para Estados Unidos es de 4 años y de 1 año para Japón, debido a esto se llegan a perder hasta 30 días laborales al año (INCyTU 2018), lo cual implica un costo muy alto pues de forma indirecta puede llegar a representar 4% del PIB además de que las personas con trastornos mentales perciben ingresos menores al resto de las personas, (CIEP 2023).

La investigación de Heinze (2012) acerca de la distribución de psiquiatras en México es desigual y menor a las recomendaciones internacionales, además de que se concentran en las grandes urbes pues para la ciudad de México hay 20.7 psiquiatras por cada 100 000 habitantes mientras que para los demás estados puede llegar hasta 0.57 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, lo cual asociado a las barreras de accesibilidad representan escases de servicios presenciales, dificultad para la afiliación, altos costos en transporte y adquisición de medicinas escasas son problemas arraigados dentro del sistema de salud pública que requiere soluciones integrales y complejas (Bautista Arredondo 2024).

De Los Santos et al., (2018) en su estudio de prevalencia de depresión a adultos asocia la globalización y urbanización como factores de influencia en la alta prevalencia de este padecimiento. Aunque se entiende la necesidad de mayor atención frente al aumento de este padecimiento se cuenta con una baja

disponibilidad de especialistas en psiquiatría al respecto Heinze et al, (2012) refiere que hay 3.47 especialistas por cada 100 000 habitantes, distribuidos de forma desigual pues para el 2023 la OMS señala que en la CDMX se contaba con 20.73% por cada 100 000 habitantes mientras que para los demás estados había 6.28 especialistas por cada 100 000 habitantes.

En lo referente a servicios de salud, Bautista (2024), señala mayor preferencia por el uso del sistema de salud privado, pues existe una percepción de falta de accesibilidad, mala calidad de atención, escasez de personal, y existencia insuficiente de medicamentos, lo cual representa una barrera de accesibilidad. Se agrega el escaso recurso económico dirigido a este rubro de atención que es del 1.6% del presupuesto total de salud, pero en términos reales para el año 2024, los recursos destinados a prevención en salud mental tendrían una disminución del 5.1% respecto al monto aprobado en el 2023.

De acuerdo con Diaz Castro et al. (2020), las naciones con economías emergentes reportan retrasos en la atención de usuarios depresión y otros padecimientos, por lo que se han sumado esfuerzos en la formación de más recursos humanos. Vargas Terrez (2016), refiere al ambiente rural aunado a factores sociodemográficos como falta de fuentes de trabajo, falta de acceso a servicios de salud, exposición al consumo de sustancias, embarazo adolescente, y mala alimentación entre otros como factor de riesgo de presentar tasas elevadas de trastornos mentales, pues existe la persistencia de dar poca prioridad a los padecimientos mentales asociado a la falta de infraestructura y acceso al sistema de atención (Barrutia Barreto et al, 2022).

Jiménez Tapia et al. (2015), realizó un estudio sobre detección de depresión en jóvenes de Michoacán y en un entorno urbano de la CDMX, reportó mayor incidencia de trastorno depresivo severo, dentro del entorno urbano (ciudad de México), con un 13.3%, la cual fue menor en la muestra de Michoacán (9.2%), donde concluye crear acciones de capacitación y sensibilización para detección de síntomas depresivos en profesores y familiares, además de hacer mas ágil la prestación de servicios mentales especializados.

Otro estudio realizado por Salinas (2020), en Perú en comunidades urbanas y rurales destaco niveles de depresión normal y leve en ambas comunidades, donde se encontró como factores predisponentes a la baja espiritualidad, mala situación económica, duelos recientes, y falta de propósito de vida, en los adultos mayores de la población urbana se observó mayor propensión a la depresión. También se relacionan factores socioeconómicos como el cursar estudios de licenciatura con altos índices de sintomatología depresiva y tendencia suicida especialmente en mujeres en una universidad de una comunidad urbana de México (Granados, 2020).

1.2 Contexto.

En el contexto de la salud mental debemos abordar la perspectiva de la OMS (2024) que dice “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Las personas que padecen enfermedades mentales siguen sin recibir un tratamiento adecuado y eficaz debido a la falta de acceso a los servicios médico y particularmente de salud mental, la

estigmatización cultural, y la poca capacidad resolutive de la atención primaria en las unidades de salud (Díaz, 2020; Mascayano, et al. 2015).

En lo que se refiere al estado de salud mental, a nivel global la OMS (2022) reporta que, 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta, lo cual se asocia a suicidio especialmente en los casos de depresión severa, y ansiedad extrema, pues en asociación a estos padecimientos se ha reportado que alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año en el mundo. En México la tasa de suicidio ha ido en aumento, pues en 2022, la tasa de suicidio en hombres fue de 10.5 por cada 100 mil habitantes, y 2.3 por cada 100 mil en mujeres de acuerdo con reportes del INEGI (2023).

El contexto rural se caracteriza por limitaciones en el aspecto social, económico, cultural y disponibilidad de servicios las cuales son muy diferentes en comparación con los entornos urbanos, que en general disponen de una gran variedad de servicios de salud por lo que es determinante explorar la prevalencia de depresión en relación con el acceso del sistema de salud y otras determinantes socioculturales.

En el informe de salud global (GHDx 2019) en la que se miden los principales indicadores de calidad de vida como los Años Perdidos por Discapacidad (AVAD, siglas en ingles), y Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA, siglas en ingles), cuatro de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar).

Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental, los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales, actividad que implica desgaste económico y anímico, dando como resultado enfermedad secundaria, lo que afirma el impacto de forma importante, en la calidad de la vida familiar (Carreño y Medina, 2018).

A pesar de la reforma en atención en salud mental, en la cual se sustenta que se debe realizar la recuperación de los usuarios dentro de su misma comunidad o núcleo familiar, con la participación activa de sus cuidadores, y del mismo paciente el cual debe estar en continua interacción con la comunidad, empoderándose de su salud en interacción con su núcleo cercano, favoreciendo redes de apoyo para una reintegración más efectiva en la comunidad y que llegue a ser un individuo activo, proactivo, productivo con altos índices de bienestar hablando de los costos de salud y sociales, las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las Instituciones Psiquiátricas (SEGOB 2022).

Calderón, (2018) refiere en su reporte de epidemiología depresiva en adultos que estos presentan hasta 9.2%, en algún momento del curso de su vida, además refiere que hasta el 20% de las personas sufrirá un evento de este tipo antes de la séptima década de la vida, además menciona que los estados depresivos se presentan cada vez con mayor frecuencia en jóvenes y más aún se eleva en los que viven zonas urbanas, de ingresos económicos altos. Gómez et al., (2023) resalta el pertenecer al sexo femenino, el vivir solo, y tener un abajo nivel de preparación

educativa, como un detonante de las enfermedades depresivas y concomitante de enfermedades crónicas.

A nivel global se toman en cuenta indicadores de productividad asociados a la carga de enfermedad que permiten calcular el efecto de los trastornos físicos en combinación con los padecimientos mentales, por lo que se ha establecido que secundario a los padecimientos mentales junto con, las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, el cáncer y otras) se genera una pérdida de 27 días al año, que por otro lado se asocia a conducta violenta y/o suicida en grupos menores de edad (INCyTU, 2018).

Los padecimientos depresivos en sus diferentes niveles se han convertido en un problema de salud pública, pues consumen un alto gasto de recursos del sistema de salud, a pesar de que una gran mayoría de los pacientes han acudido a solicitar servicio, con un 26% de subdiagnóstico, y no han tenido respuesta o bien no han conseguido atención oportuna, hasta en un 30% de ellos, especialmente en población del grupo de adultos mayores, por lo que es necesario contrarrestar las barreras para mejorar su atención en especial en los grupos vulnerables y disminuir el impacto económico en el sistema de salud, desde un enfoque de atención primaria de acuerdo con reportes de la secretaria de gobernación (SEGOB 2022).

De las diez enfermedades más discapacitantes en México, tres son neuropsiquiátricas: desórdenes mentales, desórdenes neurológicos y uso de sustancias. Estudios en el país han documentado la prevalencia de trastornos mentales que padece la población: entre 2001 y 2022, 9.2% de la población tuvo un trastorno depresivo en la vida y 4.8% en los doce meses previos, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (INSP 2023).

Wagner et al. (2012) refiere en su artículo, un estudio realizado en población urbana entre 2002-2003, que mostró bajas tasas de prevalencia de depresión. Mediante una encuesta con una muestra probabilística y representativa de la población entre 18 y 65 años de edad, que incluyó a 5 782 participantes. Los datos se recolectaron por medio del Composite International Diagnostic Interview Schedule (CIDI–Versión 3.0), para los trastornos psiquiátricos más frecuentes, y cuenta con características psicométricas aceptables. De acuerdo con la información que se obtuvo en esta encuesta, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida, y una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años.

El mismo artículo señala que, la depresión entre 2002 y 2003, supera los índices de ansiedad, el grupo etario de 18 a 65 años de edad sufrió de depresión en 4.8% de ellos, aunque la ansiedad reportó 6.8% esta no aumenta el impacto económico como la depresión en mayores de edad, lo cual indica como la depresión ha ido en aumento especialmente después de la pandemia de covid-19 con una asociación a conducta suicidad y aumento de suicidios en México y el mundo, (Rodríguez Chiliquinga, 2021).

Una investigación en diferentes poblaciones de México donde se usó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), reportó que 12.8% sufren depresión severa, y casi el 50% la sufrió en los últimos 12 meses, estableció en su estudio una asociación positiva de las variables escolaridad, edad y sexo con las tasas de prevalencia de depresión y altas incidencias de depresión leve y moderada en mujeres y depresión grave en hombres, y el desarrollo a edades más tempranas

presentándose cada vez más en adolescentes, teniendo en común niveles educativos bajos (Wagner, et al. 2012; Romero, et al. 2017).

El estado civil de las personas es un factor que se ha estudiado desde hace tiempo revelando su asociación con depresión, con diferencias en los entornos tomando en cuenta el ingreso económico, pues se relacionó el ser soltero y/ o separado y vivir en lugares desarrollados, con aumento de depresión, lo cual es contrario a las personas que viven en países subdesarrollados de bajos ingresos que reportan riesgo de depresión al ser divorciadas, viudas y además de un bajo nivel educativo (Vargas Terrez, et al. 2016).

Los problemas de salud mental producen más de un tercio de la discapacidad total en las Américas; sin embargo, solo 2% del presupuesto de salud de los países se destina a la prevención y el tratamiento de estos trastornos. Una de las responsabilidades de los gobiernos es proveer de servicios de salud en el área mental para lograr un sistema integral en ese campo por lo que surge el esquema de atención “Modelo Hidalgo” en el 2002 que sugiere implementar atención extramuros con la participación de las familias, para su máxima recuperación y rehabilitación. (NOM-025-SSA2- 2014).

Este modelo de atención se forma en sus raíces en Italia, pionero de la reforma en atención psiquiátrica de 1977, donde se formaliza el cierre de los nosocomios de hacinamiento para enfermos mentales donde en realidad eran abandonados los pacientes, creando servicios dentro de la comunidad con su participación activa, generando un empoderamiento en congruencia con las normas oficiales mexicanas que estipulan la forma de atención de estos padecimientos (NOM025-SSA-2-1994).

Se organizó una red de atención con una estructura funcional que conste de una área de consulta externa accesible y asequible como primer punto de contacto la cual sea capaz de referir a un segundo nivel de hospitalización, que genere casas de atención para recibir pacientes en traslados largos, además de módulos que brinden atención, información y orientación, para prevenir, detectar y tratar los problemas de adicción incluyendo la violencia de género, todo esto es una respuesta del gobierno organizado con la comunidad para atención en salud mental.

El sistema de atención en México hasta hace algunos años ha padecido de mala integración de la información en salud en especial en salud mental, en sus tres niveles de atención, lo cual retrasa los diagnósticos, y atención oportuna para su adecuada referencia y tratamiento oportuno y/o correctivo, además de seguimiento posterior, y evaluar su evolución, por la unidad de contacto más próxima, esto basado en la propuesta del programa “Modelo Hidalgo” sin embargo a pesar de este programa se refiere un retraso en la atención mental hasta de 20 años, lo cual urge a realizar investigación acerca de los índices de depresión y su sistema de referencia en cuanto a sistema de salud. (Benalcázar et al., 2023).

1.3 Definición del problema de investigación.

Estudios comparativos en México sobre factores sociodemográficos asociados a los síntomas de ansiedad y depresión, reportan que, vivir solo, tener una baja o una elevada escolaridad, ser estudiante, no tener hijos o tener más de dos hijos, ser mujer y vivir en áreas rurales. Otro de los factores asociados a los problemas de salud mental es la pobreza; algunos estudios han comparado diversas zonas urbanas de distintos niveles socioeconómicos de Indonesia, encontrando una

relación directa entre la ocurrencia de depresión y los niveles de pobreza, principalmente entre las mujeres jóvenes. (Luna-Padilla., et al. 2020).

Los organismos internacionales recomiendan una inversión en salud para atención de los, principales problemas de salud con un mínimo de 5%, del Producto Interno Bruto, según la Organización Panamericana de la Salud, el cual debe ser mayor en los países de altos ingresos, donde recomiendan hasta un 10%. En México se destinó 3724.5 mdp., para atención de padecimientos mentales, lo que representa un aumento de 0.47% en términos reales, que es a la vez solo un 1.3% del gasto bruto en salud para la población no derechohabiente lo cual es insuficiente de acuerdo con el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, (CIEP 2023).

La inversión en salud es insuficiente en todas las naciones incluso en aquellas que poseen niveles económicos de altos ingresos, a pesar de que los organismos rectores en salud mundial y regional, se han pronunciado por impulsar el bienestar y la salud mental de sus poblaciones, aunque se han realizado compromisos globales por mejorar dichos presupuestos, un 32 % de los países comprendidos en el proyecto, no contaban con un presupuesto adecuado para la salud mental, incluso hay países que invierten menos del 1% en atención de estos padecimientos.

Aunque es evidente que existe una alta disparidad del gasto en salud entre las diferentes economías, se ha observado que en promedio lo que se destina a la atención en salud es solo el 2% del gasto en salud, lo cual es inadecuado para poder otorgar una atención integral y profesionalizada, pues esto afecta negativamente la formación de recursos para la salud, aunado a que los existentes no son profesionalizados y carecen de adecuada capacitación, lo cual se hace más

evidente en los países pobres, limitando el tratamiento y rehabilitación de los pacientes, lo anterior impacta en el aumento de la brecha de atención de los trastornos mentales, generando 13 % de la carga global de enfermedad debida a padecimientos mentales como la depresión y adicciones, agregando la incapacidad y aumento de conductas suicidas, (Cerecero., et al. 2020) .

La depresión es una enfermedad que tiene tratamiento, que puede detener su evolución hacia procesos graves que se asocian a conducta suicida y a la agravación de enfermedades crónicas previas, que se agudizan más en la asociación con esta, a pesar de esto, casi el 50% de estos no recibe atención ni tratamiento, y uno de los factores diferentes a un sistema de atención limitado, es la barrera estigmatizante que representa reconocer una necesidad de atención en salud mental, que en muchos casos es el principal limitante en su atención, por temor a la no atención , burla o problemas económicos, esto se considera dentro de los nuevos desafíos en la atención en atender la barreras socioeconómicas y culturales, (Díaz et al. 2020).

Los objetivos de atención en salud mental deben basarse en la información completa acerca del estado de salud de las comunidades, para realizar una implementación oportuna y adecuada de la atención, por lo que se debe de contar con censos actualizados de estos padecimientos mentales, y lograr una cobertura completa de los mismos con una adecuada formación de profesionales de la salud mental con equipos multidisciplinarios, lo que hace de vital importancia impulsar la investigación en salud mental con investigaciones que aporten datos actualizados del estado de salud de las comunidades a nivel nacional y global, (OMS 2013).

El factor económico es fundamental en la marcha de los programas de salud en especial en lo referente a su permanencia pues la atención en salud representa altos gastos en las dependencias y en los hogares por los altos costos en la atención y adquisición de medicamentos, por lo que es conveniente realizar acciones de promoción de la salud mental para combatir la brecha de la atención derivada los fenómenos de estigmatización para disminuir los factores de riesgo.

Se ha hecho referencia a ciertos determinantes a nivel social como parte de la génesis de la depresión, los factores intervinientes van desde lo social hasta los psicológicos, que tienen un papel determinante en la evolución de la enfermedad, incluso estados sociales como el desempleo o estar jubilados aumentan la incidencia de depresión, incluso estados como el empleo informal, de igual forma establecerse en ambientes marginados como viviendas de mala calidad o carencia de servicios básicos, son predisponentes para la depresión, (Bastida et al., 2017).

La OMS (2022) propone como parte de la respuesta a la depresión el Programa de acción para superar la brecha en salud mental. El objetivo de este programa es ampliar los servicios para personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, mediante la prestación de la asistencia por profesionales de salud que no son necesariamente especialistas en salud mental, pero que sí cuentan con las competencias necesarias para brindar los servicios. El Programa parte del principio de que, con una atención adecuada, ayuda psicosocial y medicación, los millones de personas afectadas por la depresión pueden tener una vida normal, incluso en contexto de escasos recursos.

A partir de ahí, la meta es ampliar los servicios de salud mental para tratar la depresión y absorber la demanda de quienes no tienen conciencia de su estado

depresivo o por miedo al estigma no recurren a los servicios de salud, cuando estos están disponibles y son asequibles. México es uno de los países más afectados. En 2020, casi 28% de adultos encuestados presentaron señales de depresión, cifra nueve veces mayor que la de 2019, lo cual se ha incrementado especialmente después de la pandemia (OPS 2024; OCDE 2021; OPS 2023).

Las unidades de atención de la Ciudad de México, han reportado en los últimos años aun considerable aumento de la solicitud de servicios de salud mental pero a pesar de este aumento la infraestructura no ha aumentado en número de centros de salud, algo que se ha implementado en el sexenio pasado fue ampliar los horarios de atención dando consulta incluso en fines de semana y días festivos en la unidades básicas o Centros de Salud los cuales solo refieren casos muy agudizados, a segundo o tercer nivel de atención, que no fueron diagnosticados con anticipación de forma profesionalizada por falta de capacitación multidisciplinaria. (IMSS 2023).

Ante el panorama actual de altos niveles de depresión y limitación de recursos para la atención de salud mental en México, se desprende las siguiente preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la incidencia de depresión en una comunidad rural de Cuangatzio Michoacán en 2023?
- ¿Cuál es la incidencia de depresión en una comunidad urbana de la CDMX en 2023?
- ¿Cómo es el acceso al sistema de salud de estas poblaciones estudiadas en 2023?

- ¿Cómo se relacionan con la depresión, las covariables socioeconómicas que se desprenden del instrumento de detección de depresión (BDI-2), en ambas comunidades?

Por lo anterior, fue de vital importancia conocer si había antecedentes de estadísticas específicas de la población a estudiar y para así realizar una nueva detección en un grupo específico, para comparar las prevalencias entre ellas, así como su acceso al sistema de salud, y con ello poder valorar la eficacia del sistema de salud en la captación de los pacientes y su consiguiente tratamiento.

1.4 Objetivo general:

Determinar la incidencia de depresión mediante el uso del instrumento de Beck (BDI-2), en una comunidad rural dispersa del estado de Michoacán, y otra comunidad urbana de la CDMX en 2013.

1.5 Objetivos específicos:

Comparar la incidencia de depresión en la comunidad rural de Cuangatzio, Michoacán, con una comunidad urbana de Iztapalapa, CDMX, en 2023.

Describir los factores sociodemográficos que se desprenden del Instrumento de depresión de Beck (BDI-II) en las comunidades estudiadas en 2023.

Identificar la disponibilidad y el acceso al sistema de salud en la comunidad rural de Cuangatzio Michoacán y de una comunidad urbana de Iztapalapa de la CDMX en 2023.

1.6 Justificación

En la actualidad debido en gran medida a los cambios en el panorama de morbilidad secundario a la transición demográfica, y epidemiológica que vivimos a nivel global, han sobresalido y repuntado las enfermedades del área mental, dentro de ellas debemos mencionar a los padecimientos mentales como padecimientos que impactan la salud pública dentro de los cuales nos interesa en este caso, es la depresión que afecta a la población a nivel global (280 millones), reportándose un 3.8%, en la población adulta mayor de 18 años se ve afectada con el 5% de su población, mayor todavía en etapas avanzadas de la vida pues en mayores de 59 años afecta a un 5.7%. (OCDE 2021).

Este padecimiento se ha relacionado a malas relaciones familiares y sociales repercutiendo la productividad del individuo en la sociedad, puede pasar inadvertido en sus formas leves confundiendo con estados de ánimo alterados, por lo que al no ser diagnosticado se ha convertido en un serio problema de salud pública que incluso se ha relacionado con aumento de tendencias de pensamiento e intento suicida, especialmente en poblaciones de grupos etarios jóvenes con gran afectación en sus esferas familiares, pobre rendimiento escolar y ausentismo laboral, pero sobre todo por la relación con elevados índices de suicidio que se observa con mayor frecuencia en poblaciones jóvenes, pues cada año se suicidan más de 700 000 personas.

A nivel mundial el suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años lo cual es muy preocupante pues es población en edad productiva y reproductiva implicados en el sistema productivo de cada país lo que a futuro puede

impactar de forma negativa la economía de los países (Global Health Data Exchange, 2019).

Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad, así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas y las no transmisibles), y al suicidio el cual se constituye a nivel mundial, como la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes con fuerte asociación a la depresión (Amaral, Ana Paula 2020).

Hablando del binomio diagnóstico y tratamiento de la depresión, los servicios de salud se han visto rebasados en especial en el área de salud mental pues, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos no recibe tratamiento alguno. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de proveedores de atención de salud capacitados, además de la estigmatización asociada a los trastornos mentales.

En países de todo tipo de ingresos, las personas no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras o son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos, lo cual se relaciona con fallas de la eficacia del sistema de referencia al área de especialidad correspondiente (Evans et al., 2018).

La depresión es reconocida como un problema de alto impacto de la salud pública ya que en México, 15 de cada 100 habitantes sufre depresión, aunque hay mucho avance y evidencia científica de su tratamiento, la cifra podría ser mayor porque algunas personas jamás han sido diagnosticadas, y viven hasta 15 años sin

saber que tienen esta afección, que se manifiesta por un estado anímico de nostalgia profunda, indicó Alfonso Andrés Fernández Medina, subdirector de Información de la Dirección General de Divulgación de la Ciencia (DGCS-UNAM 2019).

En el ambiente laboral, la depresión y los estados alterados del ánimo se han convertido en causa importante del ausentismo laboral, pues se reporta que un trabajador llega a faltar a su jornada laboral hasta por 27 días, lo cual afecta su rendimiento y remuneración económica, afectando su economía, aunque no se ha establecido un factor desencadenante específico se reconoce que la coexistencia con enfermedades crónicas y trastornos físicos aumentan los días de discapacidad. (Morales et al., 2021)

Organismos rectores en salud global como la Organización Panamericana de la salud (OPS 2024), hacen énfasis en la solicitud y atención costosa de la salud mental de las poblaciones en general, pero sobre todo por la población mayor de 60 años, esta atención excesiva y de altos coste está asociada a el retraso en el diagnóstico y falta de atención con su correspondiente tratamiento, lo que constituye reforzar las acciones preventivas en salud mental para lograr hacer un sistema de atención accesible pues existe desabasto de medicamentos que su vez son muchas veces no costeables para los pacientes sin barreras socioculturales.

Específicamente en un estudio realizado en universitarios de Hidalgo reportó índices de depresión leve y moderada en mayor escala, comparada a otras comunidades en el 2020 (Luna et al., 2022). Donde resalta la importancia de contar con un adecuado acceso al sistema de salud para recibir atención en salud mental

y disminuir el efecto de la discriminación en los pacientes que tiene estos padecimientos.

Al primer periodo de 2021 se registraron 8447 suicidios en México lo cual refleja una elevación de más de 50% a partir de 2010, encontrándose los estados rurales sobre la media nacional con el 12% de suicidios y la CDMX en la media de 10% por lo que es importante realizar una detección oportuna y garantizar una atención integral para disminuir el impacto en la productividad y disminuir el impacto económico en el ambiente familiar, laboral y escolar (INEGI 2021).

Lo que resalta la importancia de realizar detecciones por comunidades urbanas y rurales, para poder otorgar servicios de salud oportunos, y evitar el aumento de la demanda de servicios de salud mental de casos graves, para evitar la alta incidencia de suicidios y ausentismo laboral entre otras complicaciones derivadas de casos no tratados, por falta de atención oportuna y profesionalizada en servicios accesibles y asequibles, que garanticen el correcto tratamiento del individuo, disminuyendo la brecha de atención en salud mental.

La investigación generará estadísticas actuales en la comunidad estudiada, ya que se carecía de información de estos grupos específicos, para contar con datos que favorezcan acciones centradas en el mejoramiento del nivel de salud mental de las comunidades, mediante la determinación de prevalencias de depresión y su relación con la disponibilidad de los servicios de salud y factores socioeconómicos que se desprenden del instrumento de detección.

De la información recabada a partir de esta investigación, se desprenden varias propuestas centradas en el empoderamiento de los pacientes, en el área de salud mental, pues se realizará el énfasis en el acercamiento a los servicios de salud, para

realizar detecciones oportunas, fomentando un diagnóstico de manera preventiva, mediante la ubicación de grupos de riesgo, la formación de grupos de apoyo que ayuden a la detección y canalización de los probables casos sospechosos a unidades profesionalizadas.

Por lo que se requiere una generación de campañas de información, lo cual se debe complementar con estrategias de salud capaces de proporcionar un tratamiento integral que abarque la atención del entorno familiar, social, laboral para una completa rehabilitación, con un enfoque multidisciplinario que incluya dentro de su sistema de atención el abasto de medicamentos que se garantice en su totalidad así como su seguimiento para evitar el abandono de la terapia psicológica, farmacológica y ocupacional.

1.7 Beneficios esperados

La presente investigación se ocupó de conocer la incidencia de depresión en una comunidad rural de Michoacán y otra comunidad urbana de la ciudad de México, para contar con datos estadísticos recientes y disponibles, para otras investigaciones que las requieran para futuras investigaciones, una vez detectados comparar los índices de depresión en ambas comunidades para determinar, en qué ambiente es mayor si en el rural o en el urbano y compararlo con las estadísticas nacionales e internacionales , y determinar cómo el acceso de estos pacientes al sistema de salud mental se asocia a la depresión.

Conocer si se cuenta con un sistema de atención para estos pacientes una vez detectados y posteriormente determinar, como es el acceso de estos en la práctica o en su caso conocer si no existe un sistema planificado que provea servicios de

salud mental que es un factor predisponente (Díaz et al., 2020), que deberán enfrentar los pacientes en particular en el estado de Michoacán, en el caso de la comunidad urbana se determinaron los índices correspondientes y posteriormente se investigará como es el acceso al sistema de salud mental local realizándose una comparación de la facilidad o dificultad de acceso al sistema de referencia y/o atención en salud mental de ambas comunidades.

Determinar si los índices de estas comunidades son similares a la media nacional y si el acceso a los servicios de salud, son una respuesta adecuada al problema si es accesible o si representa una barrera para el tratamiento integral de estos pacientes. Reportando los resultados en tablas comparativas y con las conclusiones y/o recomendaciones necesarias para proyectos futuros de intervención dirigidos a las autoridades locales de salud, en otras comunidades.

1.8 Limitaciones

Las principales limitaciones en la investigación

Se resolvió la necesidad de uso de vehículos utilizando uno propio, además de que las comunidades presentan usos y costumbres que pueden presentar dificultad a aceptar la realización de encuestas por personal que no es de la comunidad, así como el clima invernal en el tiempo que se realizó la investigación. Las fallas en el sistema eléctrico, limitaba las actividades durante la estancia, la mayor limitante en la comunidad rural fue representada, por la escases de información actualizada del estado de salud mental de la comunidad, y en especial sobre el protocolo de referencia, de los casos que se detecten en la comunidad, pues la atención en salud es escasa en la zona rural.

La aplicación de la encuesta en la población urbana en la alcaldía Iztapalapa, representó como limitante, un factor de riesgo, el desplazarse por cualquier medio de transporte, por lo que se debió planear las actividades a temprana hora, coordinándose con el personal del centro de salud para la aplicación de la encuesta.

Las demás limitaciones como el acceso a información y de espacio o temporalidad fueron mínimas pues al ser la investigación hecha por residentes de la CDMX, se pudieron enfrentar sin contratiempos, las limitaciones económicas fueron conseguir los recursos de papelería y viáticos de los encargados de recabar la encuesta.

1.9 Alcances

La presente investigación se realizó para ampliar el conocimiento acerca del comportamiento de la depresión y su acceso al sistema de salud en la población rural de Cuangatzio Michoacán, y una comunidad urbana de Iztapalapa de la ciudad de México, entre el periodo de 1 al 15 Diciembre 2023, determinando la incidencia de depresión en las personas que aceptaron participar en el cuestionario, esta comunidad se encuentra aislada de servicios básicos de salud y no cuenta con antecedentes propios de situación de salud mental, explorando el acceso al sistema de referencia del sistema de salud local, en el área de salud mental para determinar si los casos detectados tienen garantía de acceso a la atención integral de sus padecimientos.

En el caso de la población a estudiar del ámbito urbano se investigó la incidencia de depresión, en el centro de salud TIII Guillermo Román Carrillo, así como la disponibilidad y el acceso al sistema de referencia en el área de salud mental, en el mismo periodo de tiempo 2023.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Depresión.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2017). Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio, debido a esta tendencia se constituye en un problema de salud pública, en todos los grupos de edad, pues a partir de 2022 los valores más altos se encontraron entre los 20 y 34 años, (11.0 por cada 100 mil), (INEGI 2023).

Dentro del estudio de los desórdenes depresivos, se debe hacer la diferencia de aquellos estados que implican solo un leve desajuste del estado de ánimo, que no implica afectación en sus actividades diarias, lo cual se clasifica en depresión mínima, en la que el sujeto puede funcionar de manera normal. Pero se debe destacar los estados depresivos del orden leve , moderado y severo en los que el individuo experimenta una dificultad en disfrutar sus actividades diarias con una disminución de la capacidad vital, pérdida de interés en las actividades que normalmente lo estimulaban, en estos casos es importante la detección diagnóstica para evitar la progresión a depresión grave o severa, lo cual es muy diferente a la distimia que son episodios menos intensos y más breves que la depresión en sus

diferentes grado, también es importante el diagnóstico diferencial con los trastornos maniacos (Pérez et al., 2017).

Un trastorno afectivo del tipo bipolar caracterizado por estados de excitación (maniacos), alternados con estados negativos (depresivos) con intermedios de normalidad son estados a tomar en cuenta en la diferenciación con la depresión propiamente dicha. Es una enfermedad, un estado de ánimo, crónico y recurrente que cursa con síntomas que oscilan desde la manía, hipomanía y la depresión, o la combinación de ambos. Su prevalencia se estima que va del 0.5 al 1.6 por ciento entre los pacientes con trastorno bipolar 1 y 2 con un rango de edad promedio entre los 20-30 años, afectando tanto a hombres como a mujeres en la misma proporción (Ramírez et al., 2020).

Los trastornos de ansiedad se refieren a un grupo de trastornos mentales, caracterizados por sentimientos de ansiedad y temor, que incluyen los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de ansiedad social, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y Trastorno de Strés Post Traumático (TEPT). Al igual que la depresión, los síntomas pueden ser de leves a severos (OMS 2022).

La depresión es un trastorno de salud mental común a nivel mundial, se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que concorra con cansancio y falta de concentración. Por lo que es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, e incide considerablemente en la carga de morbilidad. Los efectos de la depresión pueden

ser prolongados o recurrentes, y pueden menoscabar extraordinariamente la capacidad de una persona para actuar y vivir una vida gratificante, (OMS 2021).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años de acuerdo con Corea del Cid (2021).

Hay evidencias de tipos de depresión a nivel familiar, aunque no es estricta la relación pues se puede presentar sin historia clínica previa en la familia, la familia es la unidad encargada de la educación de los hijos, a través de los padres que se aprende una serie de actitudes, valores, comportamientos para adaptarse a la sociedad y es el principal apoyo socioafectivo en los primeros años de vida; por lo que es muy importante determinar la dinámica familiar y los problemas de salud mental, así como factores de protección en la familia (Enriquez Ludeña, 2021).

No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular, además de la intervención de los factores externos como acceso al sistema de salud, atención profesionalizada, y su entorno inmediato como las redes de apoyo y su núcleo familiar cercano es también

considerada como una condición comórbida frecuente que complica la búsqueda de ayuda y la adherencia al tratamiento y afecta el pronóstico (Bautista., 2024).

Existe evidencia de que la depresión predispone al ataque cardíaco y la diabetes, lo que a su vez aumenta la probabilidad de padecer depresión mayor. Muchos factores de riesgo, bajo nivel educativo, como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol y el estrés son comunes a los trastornos mentales y a otras enfermedades no transmisibles, además de el predominio de depresión en mujeres. (Agudelo Martínez, et al. 2017).

2.2 Definición conceptual.

El diagnóstico debe realizarse de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014. (NOM 2014) Numeral. 4.1.13. que refiere que la detección y manejo oportuno de casos en la comunidad: al proceso que consiste en efectuar evaluaciones en la comunidad, con el fin de identificar y atender oportunamente trastornos mentales y del comportamiento en el primer nivel de atención, por los equipos de salud mental y canalización al segundo y tercer nivel de atención a los pacientes que lo requieran.

La depresión requiere de instrumentos de detección que cumplan con las características necesarias para el correcto diagnóstico y evitar el subregistro, tales instrumentos como la “Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos” (CES-D) diseñada para realizar detecciones en adolescentes (González-Forteza, 2011), otro

instrumento muy útil es el instrumento de Beck (BDI-2) en adultos, así lo refiere la investigación de Jiménez Tapia et al., (2015).

Ambos autores mencionan la importancia de utilizar instrumentos de detección como la CESD-R, y el instrumento de Beck BDI-2 que son de mucha utilidad para la detección de estados depresivos de importancia clínica, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) es el más empleado en la práctica clínica para el grupo de trastornos depresivos, (Pocco, Kimberly 2022), lo que resalta la falta de mecanismos de fácil acceso para derivar a los individuos en riesgo a los servicios de salud mental correspondientes, así como la implementación de estrategias para garantizar que estos servicios sean integrales y profesionalizados.

En lo que respecta al diagnóstico, clasificación y reporte epidemiológico, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés), estableció el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades) para su clasificación funcional, contemplando dos grupos principales, el primero trata sobre la alteración del funcionamiento mental y el segundo sobre una alteración de la función cerebral, asociada a un factor secundario de trastorno psiquiátrico. Por otra parte la OMS propuso la adaptación y mejora de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que consta de diez categorías de clasificación de los trastornos mentales, para su clasificación epidemiológica y referencia internacional (Rosas., et al. 2020).

Para esta investigación se utilizó como prueba de detección el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) que es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los

psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Este instrumento ha mostrado su validez en poblaciones mexicanas de acuerdo con la publicación de Beltrán et al., (2012).

Rosas Santiago et al., (2020) realizó un estudio en población abierta del sureste de México, para validar el uso del instrumento de Beck para depresión, incentivando su uso en investigación epidemiológica, por sus cualidades para detección y diagnóstico, concluye que sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión.

El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Séptima Edición de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría), y del CIE para reportar los problemas relacionados con la salud mental, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, (OMS 2022). Específicamente, el BDI-II se basa en la teoría cognitiva y es la tercera versión del instrumento, publicada con ajustes después de múltiples revisiones en las versiones de años anteriores (Sánchez., et al. 2020).

El BDI-2 ha tomado importancia en la aplicación clínica para la detección de cuadros depresivos, ya que puede evaluar la depresión en sus formas leve a severa o grave, siendo apta para poblaciones a partir de los 13 años cumplidos, esta prueba ha sufrido modificaciones que la amoldan a las actualizaciones con los manuales diagnósticos y con la clasificación internacional de enfermedades para su reporte epidemiológico y clasificación clínica. Es fácil su utilización forma grupal o individual,

requiere mínima asistencia pues se responde con facilidad, se puede responder en menos de 10 minutos, aunque los pacientes con trastornos depresivos severos u obsesivos pueden requerir más tiempo en responderlo.

Sus reactivos indagan aspectos asociados a depresión en un lapso de las dos últimas semanas haciendo una anamnesis de los síntomas que se deben elegir de entre las opciones, para emparejarlo con los criterios diagnósticos del DSM V para criterios diagnósticos de depresión severa.

Las respuestas tienen una graduación de 4 va de 0 hasta 3, pero en las preguntas 16 y 18, que escudriñan los conceptos de variaciones en el sueño y el apetito con subdivisión en 7 categorías, en el caso de personas que tengan duda en la elección pueden elegir más de una opción y al evaluar se toma en cuenta solo el puntaje más alto. El puntaje total va de 0 puntos hasta 63, la calificación se cuantifica en 4 grados para clasificar la depresión mínima de 0 hasta 13 puntos, de 14 a 19 puntos para clasificar en depresión leve, 20 a 28 puntos reporta depresión moderada y la depresión grave se clasifica con 29 a 63 puntos, las áreas útiles son en Psicología clínica y Neuropsicología Psicología forense. (Melipillan Araneda, et al. 2008).

Se le indica al encuestado que “si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto” también se le pide que “de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito)”. Aunque en la prueba piloto en España el 10% de pacientes referían que necesitaron elegir más de una opción por que se identificaban con otras opciones.

Por lo que en consecuencia se dejó la indicación en las instrucciones de que si existe una opción con la que se siente mas identificado el entrevistado, se puedan

elegir más opciones, marcando aquellas opciones acordes a su estado de ánimo en el momento de la encuesta, y la responsabilidad del evaluador consistirá en tomar en cuenta solo la opción con puntaje más alto.

Los resultados de estudios de validación indican que, el BDI-II es un instrumento adecuado para evaluar sintomatología depresiva en adolescentes chilenos y adultos. (Melipillán et al., 2008). El procedimiento de calificación de acuerdo con el instructivo de Beck (BDI-2 es el siguiente:

“El formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. En estos ítems el Manual recomienda registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico. El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.”

En el CIE-10, los trastornos mentales son muy diversos y cada uno se acompaña de diferentes síntomas. No obstante, suelen caracterizarse por una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales anormales. Estos trastornos se describen en el capítulo V (Trastornos mentales y del comportamiento, F00 a F99) de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10.a revisión (CIE-10

2010). Allí, se clasifican del siguiente modo: F00 a F09, Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos; F10 a F19, Trastornos mentales y del comportamiento causados por consumo de sustancias psicoactivas; F20 a F29, Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; F30 a F39.

Trastornos del humor (afectivos); F40 a F48, Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos; F50 a F59, Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos; F60 a F69, Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos; F70 a F79, Retraso mental; F80 a F89, Trastornos del desarrollo psicológico; F90 a F98, Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia; y F99, Trastorno mental no especificado.(CIE-10, 2010).

Mori y Caballero, (2010) en su revisión de la historia natural de la depresión resalta que esta puede tener inicio en cualquier momento de la vida, su prevalencia va en aumento en poblaciones a partir de la 40 años de edad, en especial en la forma grave, con aumento en la discapacidad lo cual genera gastos excesivos en su atención y en su economía, todo ello se relaciona con incremento de pensamiento y/o conducta suicida, todos estos factores combinados, le dan pie a convertirse en un problema de salud pública a nivel global.

En la publicación de Ramírez, et al., (2018), se ha descrito cómo la actual teoría de la depresión basada en la actividad de la serotonina y del sistema inmunitario incorpora los factores propuestos en hipótesis previas, tales como la participación de la respuesta inmunitaria innata que contribuye a activar la vía metabólica del triptófano, la teoría más reciente propone que en las personas sanas se da la

interacción equilibrada de los sistemas inmunitario y nervioso mediada por la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y por la relación entre la serotonina y la quinurenina, en la cual predomina la serotonina. En individuos propensos, esta relación se ve alterada cuando hay un exceso de estrés.

En un estudio realizado en mujeres posparto por Santiago, et al., (2023) con 717 pacientes a quienes se aplicó la Escala de Edimburgo, 106 resultaron positivas a depresión posparto, lo que da una prevalencia del 14.9%. La edad promedio de las pacientes fue de 26 años (límites de 12 y 46). A mayor grado de escolaridad menor predisposición a la depresión posparto. Los principales factores de riesgo de depresión posparto fueron: el antecedente de trastornos psiquiátricos en la familia, depresión previa, dificultades económicas y ser soltera.

En un estudio se menciona que al haber hecho un seguimiento a tres mil catorce pacientes, reportaron una edad de inicio de episodios depresivos, a los 35 años observan que este grupo en edad productiva, asociado a estar solteros, padecer otras enfermedades, disminución de su autoestima y carecer de un proyecto de vida, estos tienen mayor riesgo de desarrollar depresión grave, e ideación suicida, lo cual es menor el riesgo en los que inician en la vejez con trastorno depresivo mayor (Pérez et al. 2017).

Otra investigación que incluyó a 1500 participantes que padecían depresión grave reportó que el presentar el padecimiento en esta edad aumenta el riesgo de pensamiento suicida y o conductas violentas, además de evitar el embarazo, las cuales pueden remitir con tratamiento cuando se asocia a depresión leve pero puede durar de 6 meses a un año con los que tiene depresión grave, y ocurre lo

contario si los estados depresivos aparecen en edades más avanzadas (Zisook et al. 2007).

La investigación de Rodríguez et al., (2021) menciona que secundario a la pandemia covid-19, los escenarios estresantes, confinamiento prolongado en el hogar, duelo brutal, violencia intrafamiliar, uso excesivo de Internet y las redes sociales son factores, que podrían influir en la salud mental durante esta pandemia además de que el personal de salud es un grupo vulnerable. En consecuencia, se recomienda brindar ayuda psicológica con el fin de reducir el impacto emocional causado por el virus, y así, asegurar no solo una buena salud mental en los jóvenes y del personal sanitario.

Las investigaciones longitudinales son de utilidad pues describen con precisión el horizonte clínico como el referido por Mori y Caballero, (2010). Reportó que las mujeres presentan un promedio de 12 semanas con estados depresivos variables con una prevalencia de hasta 92 agravaciones de los síntomas de depresión grave lo cual es mayor en comparación a los hombres, en el estudio que incluyó 3841 pacientes adultos, la prevalencia general de depresión en el estudio fue de 15% y 50% de los que tuvieron un episodio único no volvió a presentar otro evento, aunque no se especifica si existió algún factor interviniente que explique la ausencia de recaídas, en este sentido las mujeres presentaron más frecuencia en recaídas, en comparación con los hombres.

Otros reportes refieren que la cuestión genética tiene una repercusión en el desarrollo de la depresión sin que sea una determinante de la misma, pues se requiere de diferentes factores para la activación de los distintos genes que en conjunto con los factores del micro y macroambiente, son en conjunto factores de

riesgo para depresión pero no por sí solo, dichos factores asociados son los micro ARN, como mir-30e, miarn-182, y miarn-132 que regulan negativamente la expresión del factor neurotrófico del cerebro en especial en el trastorno depresivo mayor (Restrepo et al., 2017).

Otro concepto importante que se agrega a los padecimientos depresivos, son los síndromes depresivos pre y postparto, que de acuerdo con el DSM-V la sintomatología de la depresión perinatal es similar a un episodio depresivo mayor, con la particularidad de que aparece en el embarazo o durante las primeras cuatro semanas posparto. No obstante, la especificación de este lapso, para fines de investigación y atención, el periodo perinatal generalmente abarca desde la gestación hasta el primer año posparto (Romero y Orozco., et al. 2017).

Algunos estudios cualitativos y cuantitativos identifican síntomas similares y sugieren que la depresión puede no ser, necesariamente, el síntoma más importante; sentirse abrumada, emocionalmente en una “montaña rusa,” irritable, sola y que no se es una persona normal, son manifestaciones reportadas con mayor frecuencia por mujeres con depresión posparto. Estos síntomas parecen estar más relacionados con la experiencia de sentirse deprimida lo cual contrasta con las expectativas sociales de la maternidad, sin olvidar que la depresión postparto requiere de atención profesionalizada (Fernández et al., 2023).

Con el objetivo de rastrear la depresión posparto entre las mujeres en Atención Primaria de Salud, se aplicó un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo a 123 puérperas entre la segunda semana y el sexto mes después del parto. Se determinó la frecuencia de depresión posparto en la muestra y se evaluó su asociación con variables sociodemográficas mediante la

prueba de chi-cuadrado. Se identificó depresión posparto en el 19,51% de las participantes, y esta condición se asoció con el grupo de edad (36 a 44 años), edad del bebé (4 o 6 meses), estado civil (divorciada), bajos ingresos y no había asociación con la escolarización materna (Fernandes et al., 2023).

Los estados depresivos están fuertemente asociados con disminución de calidad de vida además de repercutir en el concepto de sentido de vida del individuo disminuyendo su capacidad funcional y productiva, se han vuelto tan frecuentes en si incidencia la cual aumenta cada vez más que solo los padecimientos coronarios le anteceden como causa de discapacidad con pronóstico desfavorable para la mayoría de los países en los próximos años pues junto con las comorbilidades previas o existentes aumentan el riesgo de presentar eventos vascular cerebral súbito así como enfermedad cardíaca aguda y diabetes complicada (Caparros 2018; Lara et al., 2022).

La relación de cuadros depresivos y problemas del aparato cardiovascular tales como la enfermedad coronaria tiene una base amplia en la que se establece una relación estrecha entre ellas, pero para el resto de los padecimientos cardiovasculares no hay claridad en cuanto si es un factor desencadenante o no, o si es solo un factor asociado que no incrementa el riesgo de cardiopatía coronaria , al respecto se llevó a cabo un estudio en 284 pacientes, con infarto agudo al miocardio donde se asoció el estado depresivo al aumento de la mortalidad, en el periodo proximal al evento cardíaco, en especial en presencia de procesos oncológicos, y enfermedades concomitantes. (Goldfeld 2015).

Llorente et al., (2019) menciona que, la vía de intervención de la depresión en la agravación de procesos tumorales se da por los factores que alteran el estado

inmunológico del paciente, favoreciendo agentes que alteran la vía de conducción neuroendocrina, generando alteración de los mecanismos de regulación e inmunomodulación en padecimientos neoplásicos, alterando la producción de cortisol endógeno y disminución de la melatonina, otro aspecto es la falta de apego al tratamiento en los paciente con defensas humorales bajas confundiendo los síntomas negativos de la depresión con los que presentan pacientes de enfermedades neoplásicas como la hipodinamia, hiporexia, astenia, y disminución del capacidades cognitivas, confundiendo los síntomas y retrasando el diagnóstico.

Según Carreño et al., (2018) en su presentación de, panorama epidemiológico de los trastornos mentales, la carga de la mala salud mental es muy alta, afectan a alrededor del 30% de la población (en un momento de su vida) y son en su mayoría trastornos con buena respuesta a tratamiento como la ansiedad y la depresión tienen un costo social elevado: contribuyen al desempleo, el ausentismo por enfermedad y la pérdida de productividad en el trabajo. Las personas con enfermedades mentales severas mueren de 20 a 30 años más jóvenes, tienen tasas más altas de desempleo y son más pobres que la población general.

El mismo autor señala que los costos directos e indirectos de la mala salud mental son muy altos y pueden llegar a 4% del PIB. Las tasas de suicidio se han triplicado en las últimas décadas, predominando en el sexo masculino, con una prevalencia anual del 9.2 % en el país, con mayor prevalencia en el grupo de 30 a 44 años. La depresión tiene mayores prevalencias en las mujeres con razón de 11.4% en comparación con los hombres que tiene una prevalencia de 7.6 %, lo cual coincide con las observaciones de la revisión de Nicanor (2010).

En México, el tratamiento se proporciona en centros especializados o del tercer nivel de atención, lo ideal sería en el primer nivel de atención, lo cual es preocupante pues se señala que el tiempo en años promedio entre el inicio de los síntomas, el diagnóstico y el contacto con el tratamiento para México es de 14 años para los trastornos del afecto, lo cual para Estados Unidos es de 4 años y Japón de 1 año, las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otras enfermedades crónicas, pues se determinó que se pierden hasta 30 días por año de trabajo a causa de depresión en comparación de otras causas de ausentismo laboral que reportan 11 días perdidos al año (INCyTU 2018).

De acuerdo con el CIEP (2023), el ingreso económico de las personas con enfermedad mental, es menor del que perciben quienes no han enfermado lo cual es reversible, pues las personas con trastornos mentales graves pueden tener trabajos productivos con entrenamiento vocacional y adecuación de los trabajos a las características de esta población.

El mismo organismo económico propone puntos clave para impactar en las altas prevalencias de depresión como aumentar el 2% de presupuesto en salud a 4%, como en otros países con mejores resultados, aumentar el número de unidades médicas de primer contacto con enfoque en salud mental, aumentar los recursos humanos como psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales, pues son insuficientes para la demanda de atención.

Integrar la atención a la salud mental en el sistema nacional de salud además asegurar acceso a medicamentos, plazas para equipos de salud mental en primer nivel y hospitales generales, desinstitucionalización de enfermos, reforzando la atención comunitaria, reforzar el sistema de Información, diagnóstico y tratamiento

de la depresión y los trastornos de ansiedad, atención continua a la esquizofrenia y al trastorno bipolar así como la detección y búsqueda proactiva de casos de psicosis, trastornos de ansiedad y depresión para su correcta atención de acuerdo con el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP 2023).

La intervención en el primer nivel tienen el potencial de reducir entre el 10% y el 30% de la carga actual de Años Perdidos de Vida Saludable (AVISA). La mejor opción de tratamiento consiste en apoyo psicosocial básico, combinado con antidepresivos y/o algún tipo de psicoterapia, enmarcado en una política que permita integrar la atención a la salud mental a nivel global (OPS 2012).

Existen investigaciones que se han enfocado en los factores asociados a la depresión como el estudio de Obregón-Morales, Berea et al. (2020), en que participaron un total de 332 estudiantes, desde el primero hasta el quinto años de la Facultad de Medicina, incluyéndose en el análisis los resultados de 179 estudiantes que cumplieron los criterios de selección, reportó índices de depresión leve en 22.3 % de la muestra estudiada, 9.5% con depresión moderada y 1.12 % con depresión severa, reportando las siguientes conclusiones; una mala calidad de sueño, una familia disfuncional y estar en los primeros años de la carrera influye en que los estudiantes tengan depresión.

El artículo de Obregón-Morales, et al. (2020) señala que, el estrés académico es un factor de riesgo para sufrir depresión. Se observó también que pertenecer al sexo femenino era un factor de riesgo para sufrir depresión; como en otras investigaciones que asocia a las mujeres de diferentes comunidades con riesgo de sufrir depresión mayor en comparación con los hombres, por lo tanto, se necesita crear estrategias de diagnóstico y medidas de prevención

En la última actualización del estado de salud mental la Organización Mundial de la Salud (OMS 2022) reporta que, el periodo postpandemia se ha convertido en un parteaguas en la incidencia de depresión y de la salud mental en general, pues hasta antes de la pandemia se venía registrando una disminución gradual en los procesos depresivos y de ansiedad. Posterior a la pandemia de COVID-19, el encierro, aislamiento y la fobia social disparó la mayoría de los procesos del área de salud mental especialmente la depresión y ansiedad, se ha calcula aumento de casos de hasta el 25% inmediato a los primeros doce meses, de la pandemia aumentando la solicitud de los escasos servicios de salud mental, aumentando la brecha de atención en la población.

El suicidio es una de las principales causas de mortalidad especialmente en los jóvenes, en la última década ha incrementado esto va de la mano con el aumento de ansiedad, depresión, y otras afecciones de la salud mental, se asocian a estos aumentos en la prevalencia con la afectación al núcleo familiar afectando a ambos sexos, en todos los contextos sociales, y en los diferentes grupos de edad, especialmente en jóvenes, reportándose en México aumento en la incidencia de intento suicida con antecedente de depresión y/o ansiedad, de acuerdo con reportes del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI 2023).

En la actualidad los indicadores de años de vida perdidos por enfermedad o discapacidad (AVAD) han aumentado secundario a la depresión, esto último coincide con lo reportado por Carreño (2018), la OMS nos hace hincapié en la necesidad de inversión en salud mental, pues hay tres motivos principales para invertir en salud mental: la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo socioeconómico. Lo cual disminuirá la carga global en salud de los gobiernos,

mediante la inclusión de de los servicios de salud mental en el paquete de cobertura en salud integral.

Es necesario incorporar al sistema de salud a todos los grupos sociales especialmente a los grupos vulnerables, mejorando la accesibilidad ampliando la cobertura y la burocracia para que la salud mental sea accesible y asequible, para todos, y que la atención no sea un obstáculo en si para la solución de problemas de salud mental, esto se conseguirá mediante la formación de recursos humanos, que puedan resolver las necesidades de atención en salud, generando recursos humanos y de estructura integral, lo cual es un punto clave para el diagnóstico y tratamiento temprano como lo señala Nicanor et al (2010) y Carreño et al. (2018).

La OMS (2023), detalla la importancia de la promoción y prevención desde la cumbre de la declaración de Alma Ata, donde los países participantes se comprometen a generar estrategias que apuesten por el paradigma de prevención para mejorar el bienestar de los individuos y de las comunidades, para reducir el impacto en salud secundario a la alta demanda y escasa infraestructura para responder a las necesidades de salud mental, se ha recibido suficiente evidencia de que la prevención en salud mental mejorara el nivel de vida de la población y disminuirá su efecto económico y el rezago en salud.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2017), los esfuerzos por mejorar el nivel de bienestar mental de las poblaciones se debe enfocar realizar talleres de promoción que ayuden a los usuarios a identificar las diferentes formas de prevención, actuando sobre los factores desencadenantes para poder limitar los riesgos, aumentar la resiliencia generando entornos amables con las salud mental de la comunidad, o a nivel personal, y familiar, tomando en cuenta los factores

socioculturales, lo cual se refleja en el cumplimiento de los objetivos en salud mental que se fijan la meta para el 2030, que es la disminución del suicidio derivado de la depresión mayor.

Gonzales et al., (2011) y Bojorquez et al., (2009) realizaron un estudio que se enfocó en calificar la validez del instrumento de detección, de la escala de tección del centro de estudios epidemiológicos, (CES-D-R) la cual es aplicable en población adolescente, también se aplicó en mujeres de zonas rurales en ambas validaron el instrumento para detectar estado depresivos, en especial lo de depresión mayor y realizar predicción de intento suicida, lo cual ha ido en aumento según los reportes del Instituto nacional de Estadística Geografía e Informática, (INEGI 2023).

La Atención Primaria es la puerta de entrada de la gran mayoría de estas personas al sistema de salud, una “primera línea” de la que depende el que se puedan diagnosticar los problemas de salud mental lo antes posible, lo que se constituye como la detección oportuna por lo que, en estos casos, la detección temprana es fundamental. La primera Estrategia del Sistema Nacional de Salud de 2007 indicaba que el principal punto de contacto con la salud mental para la mayoría de los pacientes, es el médico o médica de familia, y que el 80% de los y las pacientes psiquiátricos atendidos en salud mental proceden del ámbito de la atención primaria (Castello 2016).

En este documento se afirmaba a cerca de la atención, que a pesar de que los trastornos mentales comunes constituyen un volumen sustancial de la consulta de los médicos y médicas de familia, no siempre reciben la formación adecuada para diagnosticarlos y tratarlos, ni disponen de tiempo para ello, lo que condiciona que muchos de los y de las pacientes reciban únicamente tratamiento farmacológico,

perdiéndose la oportunidad de la utilización de la psicoterapia combinada, cuando en muchas ocasiones podrían beneficiarse de abordajes multidisciplinares con estrategias y técnicas de apoyo y consejo psicológico breve (Castelló 2016) .

Bastida et al. (2017), trató de determinar si el estado civil, el género y la satisfacción marital inciden como factores protectores en la depresión y la ansiedad en una muestra mexicana de 300 personas. Los resultados mostraron que los participantes separados presentaban mayores niveles de ansiedad y depresión que los casados. A su vez, la satisfacción marital fue un factor protector de los niveles de depresión en ambos géneros, obteniendo un mayor valor predictivo en las mujeres, también se evidenció que las mujeres con baja satisfacción marital presentaron mayores niveles de ansiedad que las mujeres con alta satisfacción marital.

2.3 Depresión en México

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS 2022), la pandemia COVID-19 generó un alza generalizada a nivel mundial de los casos de depresión y ansiedad, convirtiéndole a esta en un problema de salud global que afecta a todos los países, con una prevalencia de hasta el 25% en la población general, En nuestro país la prevalencia de depresión y ansiedad duplicaron sus tasas registradas en 2019 según los reportes de la Secretaría de salud (2023), lo cual se refleja también en el aumento de la brecha en atención en salud la cual se contabilizaba en 81% (SEDESA 2022), lo que representa que solo 20% reciben diagnóstico y atención, debido en parte a la disminución de consultas en un 62%.

Los reportes sobre la evolución de los estados depresivos en la última década del estudio hecho por Wagner, Fernando A., et al (2012) revelan que 9.2% de la población general ha padecido un episodio de depresión, que una de cada cinco personas sufrirá uno antes de llegar a los 75 años, y que los más jóvenes presentan tasas mayores, lo cual sigue siendo a la fecha vigente y se asocia a las altas tasas de prevalencia de suicidio en los jóvenes de 25 a 29 años con una tasa de 11.6 por cada 100 mil según reportes del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI 2023).

Se refieren bajas tasas de depresión en países de bajo ingreso, lo cual no ocurre en países de economías desarrolladas, esto se le suma las limitaciones profesionales por mala preparación del personal en salud que retrasan un diagnóstico oportuno lo cual en ocasiones se relaciona a limitantes socioculturales por la existencia de poblaciones cerradas que no permiten la inculturación en salud mental por lo que se debe de ampliar el conocimiento de esas comunidades y poder impactar en su nivel de salud, pues en las comunidades con bajo índice de desarrollo afecta más a los grupos vulnerables como los grupos indígenas, pertenecer al sexo femenino, escasa preparación académica, y estado de soltería entre otros, lo cual aumenta el riesgo de depresión si existen enfermedades concomitantes en especial las cronicodegenerativas, de acuerdo con reportes de Organización Panamericana de la Salud (2017).

Aunque la depresión se ha difundido entre las poblaciones jóvenes con aumento en intento suicida o suicidio consumado, este padecimiento esta aumento a gran velocidad en los ancianos, esto es reflejo del ensanchamiento de la punta de la pirámide poblacional, a partir de los 40 años, de acuerdo al estudio de De los Santos

y Carmona (2018), sobre prevalencia de depresión en México los adultos mayores de 40 años de lo cual se profundiza por los factores del mundo moderno como la globalización.

En nuestro país la globalización y el uso excesivo de medios electrónicos, ha influido con mayor distanciamiento social que incrementa el riesgo de depresión, además de los progresos tecnológicos que no han servido para comunicarnos mejor sino que favorecen el aislamiento en especial de los grupos etarios de los extremos de la vida.

A partir de la década del segundo milenio las tendencias de natalidad se han frenado, invirtiendo la pirámide poblacional, que se traduce en el aumento de población geriátrica, pues al aumentar la esperanza de vida hasta en 80 años para algunos países, se genera mayor demanda de atención de salud mental de estos grupos que va de los 60 hasta más de los 80 años que requieren una estructura social de atención que cubra las necesidades de salud mental que requieren de forma profesionalizada. (Rodriguez et al. 2022)

Hablando de la población geriátrica como grupo de riesgo o vulnerable , podemos mencionar que son grupos expuestos a maltrato de diferentes tipos, en especial si pertenecen al sexo femenino, o si tienen bajo nivel educativo, estas características hacen relevante generar estrategias dirigidas, a atender las necesidades de este grupo poblacional, para aumentar sus índices de bienestar mental y puedan desarrollar sus capacidades al máximo o bien mantenerlas en estado Optimo asistiendo también el aspecto de la salud física, (Rodriguez et al 2022).

Los factores macro ambiente se conjugan con los procesos propios del envejecimiento como la disminución de sus facultades físicas y cognitivas que

favorecen su aislamiento y rechazo por la familia, todo lo anterior son determinantes comunes a todos los grupos sociales en especial en los rurales o indígenas como lo remarca, otro estudio de Franco-Díaz, Karen Lizbeth (2018) que reportó, una mayor prevalencia de depresión en comunidades indígenas, lo cual era mayor en los que no saben leer y en las mujeres, lo cual se puede relacionar a las comunidades rurales como factor de riesgo para desarrollar síntomas depresivos.

2.4 Acceso y disponibilidad de servicio en salud en México.

En cuanto a los efectos en el sistema de salud, diversos estudios han demostrado que los pacientes con depresión tienen mayores tasas de utilización y mayores costos asociados, particularmente con ancianos. Esta sobreutilización está relacionada con la baja proporción de diagnóstico y tratamiento certero. El 26% de las personas no serán diagnosticadas y, a pesar de que una elevada proporción de pacientes contactaron con los servicios de salud, cerca del 30% nunca recibió ayuda, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2024).

En el año 2012 Heinze, Gerhar et al., reportó que había tres mil ochocientos veinte y tres (3 823) especialistas en psiquiatría en México, para una población mayor de 112 millones de Mexicanos, y para el 2018 se registro una tasa de 3.47 psiquiatras por cada 100 000 habitantes. El 56% se encuentra en el Distrito Federal. Actualmente de acuerdo con la OMS (2023), señala que, de los 32 Estados de la República Mexicana, la Ciudad de México es el que cuenta con la mayor tasa de psiquiatras, con 20.73 por cada 100 000 habitantes, en segundo lugar, se ubica

Jalisco con una tasa de 6.28 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, y en tercer lugar se encuentra Nuevo León con una tasa de 6.04 por cada 100 000 habitantes.

En cambio, en otros estados como Tlaxcala, Zacatecas y Chiapas, tienen entre los tres, para una población de ocho millones de habitantes, 46 psiquiatras, lo que genera una tasa de 0.57 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, ubicando a estas regiones del país en rangos que presentan países con bajos/medianos ingresos (Heinze, 2019).

Aunque la tasa nacional de psiquiatras se incrementó en comparación con la obtenida en 2016, sigue siendo todavía menor a la recomendada por la OMS en diferentes lugares del territorio nacional. La distribución geográfica de los psiquiatras es inequitativa debido a la centralización y a factores económicos como sucede en muchos países del mundo. Esto contribuye a que la brecha en la atención en materia de salud mental sea en algunos casos excesiva especialmente en las comunidades rurales.

Por ello es necesario diseñar estrategias que permitan continuar formando especialistas en psiquiatría con la apertura de nuevas plazas en los diferentes estados de la república. Considerando que un alto porcentaje de la población mexicana consultará al médico por un problema de salud mental incluyendo alcoholismo y adicciones, necesitamos fortalecer las intervenciones en salud mental en todos los niveles de atención, esto requeriría forzosamente de un incremento en el presupuesto por parte del gobierno federal y de los gobiernos estatales para el rubro de la salud mental. Esto es importante si esperamos que las reformas en materia de salud mental logren sus propósitos (Benalcázar Durán, C. P., et al. 2023).

En enfoque de la salud mental desde la perspectiva de la salud pública, enmarca la nueva agenda de atención en este campo que se engloba en objetivos comunes con metas internacionales de aplicación en cada localidad del plan para la atención en salud mental en el periodo del años 2013 al 2030, marcado por la Organización Mundial de la salud,(OMS, 2021), para mejorar la salud mental y la Agenda 2030, para el desarrollo sostenible, esta se conforma de diez recomendaciones:

1. Elevar la salud mental a nivel nacional y supranacional.
2. Integrar la salud mental en todas las políticas.
3. Aumentar la cantidad y calidad del financiamiento.
4. Garantizar los derechos humanos.
5. Promover la salud mental a lo largo de la vida.
6. Mejorar y ampliar los servicios a nivel comunitario.
7. Fortalecer la prevención del suicidio.
8. Adoptar enfoque de género.
9. Abordar el racismo y la discriminación.
10. Mejorar los datos e investigaciones.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, revela que menos de 50 por ciento de la población opta por usar servicios públicos cuando se enfrenta a una necesidad de salud. En la ronda más recientemente publicada, que corresponde al año 2022, 24.6 por ciento de la población total reportó haber tenido una necesidad de salud en los últimos tres meses, y sólo 44 por ciento de ellos recibió atención en servicios públicos. Este resultado no ha cambiado sustancialmente, al menos desde 2006. En el caso de México la mayoría de la población usa servicios privados, incluyendo

quienes tienen seguridad social, el uso de dichos servicios es más elevado entre aquellas personas sin derecho-habiente (Bautista 2024).

Los factores clave relacionados a la preferencia de los servicios privados sobre los públicos, que impulsan este comportamiento incluyen la percepción de falta de accesibilidad, mala calidad de los servicios, escasez de personal y existencia insuficiente de medicamentos. En 2022, se documentó que 71 por ciento de los motivos por los que las personas no se atendían en servicios públicos se relacionaban con barreras de accesibilidad (afiliación, la cercanía y, paradójicamente, el costo), y 21 por ciento, con la percepción de mala calidad de la atención. Estos resultados reflejan problemas arraigados dentro del sistema de salud pública que requieren soluciones integrales y complejas. (Bautista 2024).

En el estado de Michoacán de acuerdo con la Secretaría de Salud de Michoacán (SSM 2022), se cuenta con centros de atención a la salud mental y adicciones en los municipios de Morelia, Uruapan, Zitácuaro, Lázaro Cárdenas y Zamora donde se brindan consultas y tratamientos gratuitos. Los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) se ubican en Morelia, Uruapan, Zitácuaro y Lázaro Cárdenas; en Zamora se localiza un Centro Integral de Salud Mental (CISAME); así como hospital psiquiátrico en la capital michoacana.

Además, 40 centros de salud cuentan con área de psicología y en los hospitales generales de Uruapan, de la Mujer, Infantil “Eva Sámano de López Mateos”, “Dr. Miguel Silva” y el Centro Estatal de Atención Oncológica (CEAO) se ha reforzado la plantilla de psicólogos y psiquiatras. En todos estos espacios se detectan y atienden factores de riesgo asociados con el consumo de sustancias psicoactivas, además

de identificar de forma temprana trastornos de salud mental como depresión, ansiedad, estrés e intento suicida, por mencionar algunas.

Además de atender y prevenir, se llevan a cabo acciones comunitarias para la integración de personas jóvenes y adultas con problemas de drogas, alcohol o tabaco, así como acompañamiento psicológico a familiares y cuidadores de los pacientes en atención, bajo un nuevo esquema enfocado a promover, restaurar y mantener la salud física y mental de los usuarios.

Estas unidades brindan servicio de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 horas; además, la Secretaría de Salud cuenta con las líneas telefónicas, lo que es congruente con las metas de los paradigmas de atención en salud vigentes que se fijan la meta de combatir las limitaciones mediante la comprensión inclusiva de las características socioculturales remarcando la urgencia de implementar el manejo primario de la depresión en todas las comunidades.

En la reunión de la asamblea de la OMS en 2012, se adoptó como meta el trabajar sobre la carga que implican los trastornos de salud mental con lo que se anota la urgente necesidad de crear organismos locales de respuestas efectivas para la atención de estos padecimientos de forma integral, mediante políticas de salud que incluya marcos políticos, legales, y que permitan respuestas organizadas de alto impacto según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2013).

Derivado de los esfuerzos por mejorar la salud mental de la población, se llegó al consenso de utilizar el concepto de “trastornos mentales “ como sinónimo de problemas mentales y de la conducta, las cuales están contenidas en la Clasificación internacional de enfermedades, (CIE-10) en esta se incluyen padecimientos altas prevalencias como los trastornos depresivos y los trastornos

bipolares, y otros como la esquizofrenia, , ansiedad y además de los problemas relacionados al abuso de sustancias, y el espectro autista, cada uno de ellos con sus distintas clasificaciones.

En lo que se refiere al uso y abuso del consumo de sustancias la OMS (2022), menciona estrategias de trabajo para mejorar el aspecto preventivo, para reducir en primer lugar el consumo adictivo del alcohol disminuyendo su asociación con depresión y accidentes, como pauta para disminuir el índice de suicidio también se hace énfasis en protección sistemática de los grupos vulnerables lo cuales incluye a las personas con capacidades diferentes que frecuentemente sufren estigmatización, y la demencia en adultos que ocasiona marginación de estos grupos.

Datos de CIEP (2023) señalan que: “ de 2016 a 2023, el presupuesto para salud mental se ha ubicado entre 1.3 % y 1.6 % del presupuesto total de salud. Para 2024 se propone un total de 3 mil 724.5 mdp. para salud mental” lo anterior equivale a un incremento de 0.47 % aunque sigue siendo bajo a las recomendaciones de inversión en salud que es del 5% y en nuestro caso es del 1.3 % del gasto en atención en salud para población abierta no derechohabiente, (ver figura 1).

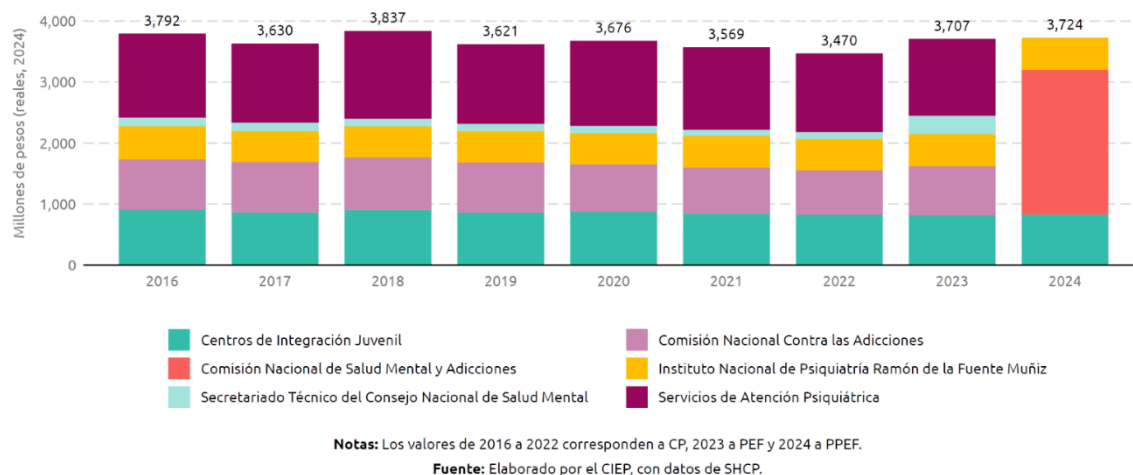


Figura 1. Presupuesto para salud mental en México 2024

Fuente: Centro de Investigación Económica y presupuestaria, (CIEP 2023).

La mayor parte el presupuesto en salud se destina a las actividades administrativas, con 78.2 millones de pesos superior a lo invertido en 2023. La atención en salud tuvo un incremento de 2.3%, pero los programas asociados a prevención sufrieron un recorte de 5.1% (98.2 mdp.) en comparación al presupuesto otorgado para el ejercicio 2023.

De acuerdo con el organismo encargado de la salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2022), se generó una propuesta de plan de acción para atender a la población afectada por padecimientos mentales y que se basa las siguientes líneas de acción:

1. “Cobertura sanitaria universal: independientemente de la edad, sexo, estatus socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y

sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.

2. Derechos humanos: las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
3. Práctica basada en evidencias: las estrategias e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural.
4. Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital: las políticas, planes y servicios de salud mental han de tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad.
5. Enfoque multisectorial: la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social y otros, así como con el sector privado, según proceda en función de la situación del país.
6. Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales: las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales deben emanciparse y participar en la promoción, las

políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de salud mental.”

En lugar de atender al paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, privilegiar sistemáticamente la asistencia en centros de salud no especializados, con una cobertura creciente de intervenciones científicamente contrastadas (incluidos los principios de la atención escalonada cuando proceda) para dolencias prioritarias y recurriendo a una red de servicios comunitarios de salud mental interrelacionados, lo que incluye, además de breves ingresos hospitalarios, atención ambulatoria en hospitales generales, atención primaria, centros de salud mental integral, centros de atención diurna, apoyo a las personas con trastornos mentales que vivan con su familia y viviendas subvencionadas, de acuerdo con la Secretaría de Gobernación (SEGOB 2022).

En referencia a los servicios de salud mental el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS 2023), lanza la iniciativa donde menciona que, los problemas de salud mental visibles representan 11% del total de la problemática real, lo mismo ocurre con el panorama epidemiológico de la salud mental donde no hay suficiente información para observar la totalidad de la problemática real, lo que se agravo con la pandemia por el encierro y el aislamiento, que limito la socialización además del desgaste evidente del personal de salud que presentaron aumento de índices depresivos y síndrome “burnout”.

En respuesta a este panorama el Instituto mexicano de Seguridad Social (IMSS 2023) genero un incremento en atención a la salud mental, otorgando mas de 8000 consultas de salud mental y de abuso de sustancias, en jóvenes de la segunda década, por otro lado se incrementó la atención mental en niños y adolescentes con

más de 93 000 servicios en unidades de primer contacto, sin embargo no es suficiente pues falta una respuesta conjunta de todos los servicios de salud incluso de nivel privado, ya que se reportan prevalencias de hasta el 30% en México y muchos de ellos no reciben no reciben tratamiento (60%). (IMSS 2023).

Otra de las acciones con enfoque preventivo realizada por el IMSS (2021) con tres líneas de atención, por medio de las cuales pretende sistematizar la atención, fomentando las acciones de promoción en los niveles básicos de atención y así poder incidir en la limitación del horizonte clínico de los padecimientos depresivos y otros desórdenes de la salud mental, con una ampliación de la estructura de atención con unidades más cercanas y amigables que sean de fácil acceso a los usuarios, para que sean proveedores de servicios equitativos para todos los grupos sociales un ejemplo de estas acciones es la profesionalización de 8000 elementos del personal de salud con guías de manejo actuales.

El IMSS cuenta con los módulos “PrevenIMSS” (2 mil 686) y 1032 unidades de detección de problemas de salud mental mediante el PHQ-TP para determinar si el paciente presenta algún trastorno depresivo o de otra índole

Dicho programa PrevenIMSS (IMSS 2023), se basa en estos puntos básicos.

1. La salud mental y detección de desórdenes mentales se incluyó en programa “Mas Bienestar”.
2. Se enfoca la atención de nivel preventivo multiprofesional e interdisciplinario mediante la creación de la “Coordinación de salud Mental y Adicciones”.
3. Se Genera la normativa del “Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024” para disminuir la brecha de atención en salud mental.

Por otro lado se menciona que hay estudios que denotan el alto costo de atención que genera brindar servicios de salud mental a usuarios mal diagnosticados pues implican un gasto de 2390 dólares y en el caso de los usuarios que no presentaron trastornos mentales reportaron un gasto menor de 1397 dólares por persona, esto es una diferencia de alrededor de 1000 dólares, lo que es una gran diferencia de cómo se absorbe el gasto en salud en los pacientes que presentan trastornos mentales en comparación con los que no lo padecen según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS 2020).

En la CDMX se hizo un estudio en población senil mayor de 60 años, en hombres y mujeres se estudió la relación de utilización de servicios de salud en los que padecían depresión y otro grupo en los que padecían depresión sumado a otra enfermedad cronicodegenerativas o neoplasias, y el primer grupo reportó que en los últimos meses los que padecían depresión asociada a procesos patológicos previos presentaron mayor riesgo de sobreutilización de servicios de salud en comparación con los que solo padecían depresión, y para las que tenían comorbilidad y depresión la razón fue aún mayor ($OR=2.6$; $IC\ 95\%=2-3.3$) (Wagner et al. 2012).

De acuerdo a Di Castro Filipa et al. (2015) resalta la importancia de contar con un sistema de salud, pero hace la diferencia entre la atención y detección de casos en su estudio de acuerdo a su afiliación se observó menor prevalencia de depresión secundaria a detección en madres en zonas urbanas con acceso a determinado servicio de atención. Se observó que el sexo femenino presentó menores tasas de detección de depresión en aquellas afiliadas a ISSSTE, y las mayores tasas de

detección se realizó en las afiliadas a Semar, Sedena y Pemex., las afiliadas a IMSS y seguro Popular presentan niveles de detección insuficientes.

En el mismo estudio resalta que las tasas de menor detección son en aquellas que no cuentan con ningún tipo de protección social, lo cual es un factor de riesgo el no contar con seguridad social, que por entidades se refieren con prevalencias bajas de depresión al estado de guerrero, hidalgo y el distrito federal con menos del 15%, y hasta un 20 % en las demás entidades federativas.

En un estudio hecho en el sureste con 113 participantes del sexo femenino se obtuvo una prevalencia de depresión del 33.6%, en estas no se encontró relación con las covariables como la edad cumplida en años, el nivel escolar, el vivir en pareja, y el tipo de actividad principal que realizan, pero en el grupo de 15 a 40 años, que viven pareja y realizar actividades laborales fuera de casa reportaron porcentaje levemente mayor de depresión, (Rivas et al., 2020)

Tabla 1.- Hallazgos frecuentes en la medición de la calidad de los servicios de salud en México.

De estructura	De proceso	De resultados
Equipo: Instalación insuficiente Equipo inadecuado Personal:	Falta de oportunidad en la atención médica. Carencia de manuales de operación.	Necesidades de salud no satisfechas

Insuficiente Selección y capacitación insuficiente. Distribución inadecuada. Insumos: Insuficientes Surtidos sin oportunidad Falta de calidad	Falta de normas o supervisión. Competencia profesional insuficiente Falta de respeto a principios éticos Desconocimiento de medidas de seguridad para el paciente.	Complicaciones y secuelas temporales o permanentes. Evento adverso con o sin error médico. Defunción no esperada Expectativas no satisfechas.
--	---	--

Fuente: Secretaría de Gobernación. (SEGOB 2015).

Existen tratamientos psicológicos y farmacológicos para la depresión. Ahora bien, en los países de ingresos bajos y medianos los servicios de asistencia y tratamiento de personas con depresión suelen ser deficientes o inexistentes. Se estima que, en esos países, más del 75% de las personas con trastornos de salud mental no reciben tratamiento de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2017).

El Programa de Acción de la OMS para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) se centra en proveer a los países los recursos y el apoyo de primera línea en lo relativo a trastornos de salud mental mediante la capacitación de personas no especialistas. La Guía de Intervención (mhGAP-IG) y la Guía de Intervención Humanitaria (mhGAP-HIG) de la OMS, que pueden ser utilizadas por personal de salud formado y supervisado, abordan la atención clínica básica de salud mental

para afecciones prioritarias, como la depresión. Esto permite subsanar las deficiencias en los servicios y amplía la capacidad general del sistema de salud de un país (OMS 2021).

En el mismo sentido se han puesto en marcha diferentes propuestas que tiene por objetivo, profesionalizar los servicios de salud mental del sistema de atención en salud mental del la CDMX, inicialmente para extenderlo a los demás estados de la república donde se hace el énfasis en el aspecto preventivo y la importancia del diagnóstico precoz, el cual es importante por la cualidad de los padecimientos mentales de ser susceptibles al tratamiento, el cual es efectivo si se da seguimiento (apego al tratamiento) en todos los niveles de atención, optimizando y haciendo accesible los servicios de salud mental en las comunidades

La Secretaria de Gobernación (SEGOB 2019), menciona una publicación del Instituto Nacional de Psiquiatría donde reportó que hasta 25% de la población mayor de edad ha padecido algún trastorno mental y de estos solo el 20% recibe tratamiento, de estos padecimientos mentales el de mayor impacto es la depresión, la cual se reconoce por un estado de ánimo negativo, y sentimientos de culpa y la consecuente falta de autoestima, SEGOB (2019).

En el 2019, se acordó celebrar el Día Mundial de la Salud Mental, que tuvo como lema “Unamos esfuerzos para prevenir el suicidio”, para poder hacer conciencia en la población de la importancia de salud mental , que es tan necesaria para lograr una salud integral, mediante la concientización, y fomentar la prevención de los trastornos mentales, pues el estigma impide que los pacientes puedan reconocer que tiene un problema que requiere atención, sin ningún sentimiento de

rechazo, pues se refiere que pasan hasta diez años para recibir atención profesional, lo que va en detrimento de su calidad de vida. SEGOB (2019).

El sistema de salud de México en atención de problemas de salud mental, cuenta con una estructura de red de hospitales para atender a los pacientes con estos padecimientos, a través del “Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente”, el “Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro”, los hospitales psiquiátricos “Fray Bernardino Álvarez y Samuel Ramírez Moreno”, así como los tres “Centros Comunitarios de Salud Mental” (CECOSAM), proveen servicios de salud a población abierta.

La secretaria de Salud brinda atención por medio de campañas en las comunidades con áreas especializadas en brigadas en la comunidad, donde los especialistas en atención de salud mental, fomentan actividades de prevención en núcleos de concentración como centros comerciales y centros escolares por ejemplo, así como asilos con la participación del personal previamente capacitado. Del mismo modo el IMSS realiza actividades de prevención con su programa PrevenIMSS, para fortalecer acciones de promoción en salud mental, que atiende a todos los grupos de edad de forma personalizada.

Se ha trabajado desde el 2019 en el programa “JuvenIMSS” con la capacitación de más de 100 mil jóvenes, en concientización del uso y abuso de sustancias, y la prevención de episodios depresivos severos, adicciones ansiedad etc. En las unidades de medicina familiar con 17 mil médicos adscritos a estos servicios. (IMSS 2020).

La Secretaria de Salud (SEDESA 2022) reportó que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), trabaja en contener el

avance de las enfermedades mentales y sus complicaciones y en lo que va de 2019 la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud del Instituto realizó 688 mil 371 acciones educativas e informativas en unidades médicas de primer nivel, así como 75 campañas nacionales para promover la prevención de las principales patologías mentales.

También en la Ciudad de México, el ISSSTE inició la capacitación a médicos generales y familiares sobre la Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, que gradualmente se irá extendiendo a nivel nacional. Además, ha otorgado 92 mil 700 consultas para atención de este tipo de padecimientos en mil 22 unidades médicas de primer nivel, con el objetivo de atender las principales afectaciones mentales y del comportamiento en los derechohabientes, como son los trastornos del estrés y del humor (depresivos, maníacos o bipolares) y el síndrome del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y físicas, SEDESA (2022).

Las acciones preventivas del organismo están encaminadas a evitar y disminuir los Años de Vida con Discapacidad (AVD) asociada a depresión mayor, que en México es el primer motivo de discapacidad en la población femenina y el segundo en la masculina de acuerdo con SEGOB (2019).

En la actualidad la depresión se ha integrado dentro de la patología geriátrica, con aumento en sus tasas de incidencias, de acuerdo al estudio de De los Santos, y Carmona Valdés, (2018), sobre prevalencia de depresión en México en adultos mayores de 40 años de edad, la globalización y los adelantos tecnológicos influyen de forma negativa pues favorecen el aislamiento, la desintegración, y el maltrato en especial en edades avanzadas.

La tercera edad o vejez se caracteriza por cambios físicos y de personalidad que en conjunto determinan el desarrollo o no de los trastornos mentales, especialmente la depresión la cual se ha visto en incremento en los adultos mayores, con depresión grave especialmente el sexo femenino que sufren mayores cambios emocionales, propios de los cambios hormonales de la menopausia. (Salinas 2020).

La depresión tiene un desarrollo multifactorial pues cuenta con factores sociales, económicos, ambientales, donde la esfera social tiene un peso muy grande pues depende de una serie compleja de elementos como desarrollo urbano y saneamiento ambiental pues un ambiente sano es elemento protector ante la depresión, la ansiedad esta asociada a estados depresivos como síntoma inicial, se agrega la epilepsia, estados demenciales, y la bipolaridad, por lo que es importante desarrollar políticas públicas que favorezcan una adecuada rehabilitación de la salud mental de los pacientes.

El nivel socioeconómico es un elementos esencial en la mayoría de las patologías somáticas y del estado mental, pues juega un papel importante en la influencia del nivel económico que determina no solo la salud física sino que puede ser un elemento clave en la salud mental, por lo que se menciona la pobreza como factor de riesgo pues es un factor que puede ser desencadenante de estados depresivos en especial el nivel de pobreza económica, ya que los padecimientos mentales como la depresión requieren de terapias externa o medicamentos de alto valor económico que pueden representar barreras de salud en detrimento de l individuo y de su familia, (Benalcazar et al. 2023) .

Los servicios de salud en encuestas recientes de Nutricion y Salud del 2019 relacionan a la escasas económica como un factor de estrés que puede aumentar

el nivel de ansiedad y posterior depresión pues se han reportado mayor nivel de depresión en familias de escasos recursos, así como los niños que viven en entornos limitados están más expuestos a condiciones de maltrato en todas las formas, así como aumento de morbilidad y mortalidad prematura, a lo anterior se le suma un sistema de salud inaccesible y sin personal preparado generan condiciones de ambientes caóticos, con disfunción intrafamiliar.

Las poblaciones rurales son un factor que se asocia a escasas oportunidades laborales, falta de unidades de servicios de salud, falta de servicios básicos como red de agua y drenaje, acceso deficiente a alimentos de calidad, falta de socialización para conseguir pareja, se consideran factores de riesgo asociados al ambiente rural en el génesis de depresión a esto se le suma antecedentes de depresión familiar, consumo de alcohol y sustancias ilegales, embarazo adolescente, todo lo anterior son factores que incrementan el riesgo de depresión, (Vargas y Valerio, 2016).

Las altas prevalencias de la depresión y otros trastornos mentales, generan un alto costo de atención aunque hay acceso a la atención se le suma el uso de sustancias, y alcoholismo que genera aumento de discapacidad y días perdidos laborales, lo cual no solo impacta a la economía personal o familiar sino a todo el sistema de salud el cual se ve afectado cuando aumenta la discapacidad de las personas que dejan de ser individuos productores lo cual impacta la economía de la salud aumentando en gasto en salud, (OPS 2024).

Recientemente se ha propuesto la formación de recursos humanos profesionalizados en equipos multidisciplinarios que se dedique a dar atención a los problemas de salud mental, en respuesta al incremento constante de los niveles de

depresión, para atender la creciente demanda de atención, en todo el mundo los sistemas de salud han optado por el enfoque de prevención para poder hacer frente a este panorama sin embargo a pesar de las acciones realizadas se siguen observando retrasos en la atención de estos pacientes. (Díaz et al.2020).

En el sistema de salud de todos los países el médico de primer contacto es quien tiene la responsabilidad de realizar detecciones aunque el paciente no requiera atención y se haga una adecuada referencia, a nivel especializado, lo cual determina un factor preponderante en el acceso al sistema de salud para intervenciones asequibles y de impacto en los problemas mentales. (Vargas y Valerio 2016).

El diagnóstico de la depresión requiere una adecuada capacitación por parte del médico de primer contacto, del personal de enfermería, y de trabajo social para poder detectar y tratar a estos pacientes, pero en la realidad esto no ocurre en la mayoría de los casos, pues se da poca importancia a estos padecimientos por su aparente falta de urgencia médica, por lo tanto es de vital importancia generar programas de capacitación continua en médicos de primer contacto para prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado con su rehabilitación correspondiente, (Barrutia et al., 2022).

El primer nivel de atención en salud presenta una escasa atención de los sistemas de salud en México, como lo denota en su estudio González Robledo (2022), ya que existe una gran desvalorización del tema de la prevención o el cuidado de la salud mental, particularmente en los adolescentes. Esto provoca rechazo, discriminación y exclusión hacia las personas que padecen algún problema de salud mental. En este estudio se observó que, en la práctica, 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, y su limitada respuesta lleva a muchas personas a recurrir a hospitales especializados.

Esto indica como el sistema de salud no ha brindado la suficiente importancia ni atención a dichos padecimientos. De la misma forma Jiménez Tapia et al. (2015), plantea la necesidad de contar con una mayor infraestructura física y humana, así como de una mayor capacitación del personal de salud, para tratar los trastornos del estado de ánimo en médicos y psicólogos.

2.5 La importancia de la prevención

La prevención en salud mental se basa en la información para poder identificar los distintos tipos de determinantes que pueden ser a nivel individual, o en el campo social los cuales se deben abordar para reducir riesgos, aumentar su resistencia a situaciones estresantes, para generar entornos favorables, las intervenciones se aplican a nivel personal, grupal o en toda una comunidad, las acciones en salud mental no se aplican de forma aislada al ser un problema complejo requiere de abordajes sistémicos, que implican a todo un sistema de atención organizado. (Barrutia et al., 2020).

A nivel global las altas tasas de suicidio requieren de la participación de todos los organismos de salud para poder realizar acciones conjuntas que agrupen a todos los actores implicados desde organismos gubernamentales hasta los elementos de salud, promoviendo, dichas acciones, facilitando la intercomunicación

y colaboración de los diferentes encargados de la salud en la comunidad, para impactar en la disminución de estados depresivos severos que conducen al suicidio ya que esto se anuncia en los Objetivos de desarrollo Sostenible de la OMS para reducir en un tercio la incidencia del suicidio para 2030. OPS;OMS, (2023).

Con el objetivo de cumplir la meta de la OMS (2022), se forma la estrategia “LIVE LIFE” para disminuir la incidencia de suicidio con intervenciones que han demostrado eficacia práctica, “limitación del acceso a los medios que posibilitan el suicidio”, “interacción con los medios de comunicación para que informen de forma responsable” así como “desarrollo de aptitudes sociales y emocionales para la vida en los adolescentes”, e “intervención temprana para cualquier persona afectada por comportamientos suicidas”.

Amaral (2020) en su artículo sobre depresión e ideación suicida en adolescentes, resalta que la primera infancia, la infancia y la adolescencia son edades de vulnerabilidad y de oportunidades en materia de salud mental. Los entornos de crianza, cuidado y aprendizaje de apoyo pueden ser enormemente protectores de la salud mental futura.

Por otro lado, las experiencias adversas en la infancia aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales. Cuatro estrategias clave para reducir los riesgos y potenciar los factores de protección son: elaborar y aplicar políticas y leyes que promuevan y protejan la salud mental, apoyar a los cuidadores para que presten una atención afectuosa, poner en marcha programas escolares que incluyan intervenciones contra la intimidación, mejorar la calidad de los entornos en las comunidades y los espacios digitales. Los programas escolares de aprendizaje social y emocional figuran entre las estrategias de promoción más eficaces para los

países de todos los niveles de ingresos. Al igual que las escuelas, los lugares de trabajo pueden ser lugares de oportunidades o de riesgo para la salud mental según la Organización Internacional del trabajo (OIT 2022).

A nivel de gobernanza se tiene una responsabilidad por parte de las administraciones de crear ambiente laborales que favorezcan la rehabilitación en paciente con padecimientos mentales, promoviendo que el paciente tenga acceso a servicios de salud en sus espacios laborales, lo cual aumenta el estado de bienestar esto requiere que los organismos empresariales participen en estas estrategias de prevención, todo lo anterior requiere estímulos fiscales, para las empresas y un marco legal que apoye a los entornos de bienestar de salud mental.

Los empleadores son un factor determinante en la salud mental laboral, pues dentro de los objetivos de la OMS se destaca la participación empresarial en conjunto con las instituciones de salud dando capacitación a los administradores en el campo de salud laboral y de las atenciones en salud mental para los trabajadores, según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2022). Para dicha promoción y prevención es importante tener en cuenta los criterios actuales de vulnerabilidad como lo menciona INCyTU (2018), en su reporte donde define a los grupos vulnerables como se muestran a continuación:

1. Familias en situación de pobreza. Mayor riesgo de depresión, trastornos de ansiedad, estrés.
2. Individuos desempleados. Mayor riesgo de depresión.

3. Adultos en plenitud. La edad avanzada está asociada con el riesgo de demencias; además, suelen ser víctimas de maltrato, abandono e indiferencia.
4. Víctimas de violencia y abuso. Desarrollo de depresión, estrés post-traumático, drogadicción y trastorno de ansiedad.
5. Población rural. Debido a una mayor prevalencia del abuso en el consumo de alcohol, embarazos adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores.
6. Niños y niñas en situación de calle. Uso de drogas, violencia social, abuso sexual, prostitución y explotación. Ocasiona retraimiento emocional, ansiedad, depresión y problemas para relacionarse.
7. Personas con discapacidad. Mayor riesgo de desarrollar desajustes psicosociales o experimentar desintegración familiar.
8. Madres adolescentes. Falta de información sobre educación sexual y reproductiva, familias disfuncionales, consumo de drogas, etc.
9. Población migrante. Víctima de discriminación, pérdida de apego familiar, estrés, pérdida de identidad, autodevaluación.

La atención primaria en salud es una iniciativa vigente desde la declaración de Alma Ata (OPS 2012) que estipula se considera una réplica como resultado del nivel económico en conjunto con los factores socioculturales, dentro de un sistema político que coordina los servicios en la comunidades los cuales otorgan servicios basados en la resultados de investigaciones, sobre la distribución de los servicios de salud para mejoramiento de la salud pública, dirigidas a la disminución de estos

padecimientos, con servicios de prevención, promoción que incluya seguimiento y rehabilitación en la siguientes áreas:

1. La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes.
2. La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
3. La asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia.
4. La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales.
5. El tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.

Otro aspecto es el relacionado al acceso y disponibilidad de los medicamentos necesarios para la atención y tratamiento de los medicamentos que deben de estar disponibles en un cuadro básico, pero que en nuestro sistema económico la salud se ha vuelto mercantilista con medicamentos escasos en los centros médicos que deberían de proveer de ellos a los usuarios, pero esto es resultado de un sistema económico privilegiado capitalista donde se incluye a todos los sectores productivos como el sector agrícola , la disponibilidad de vivienda y de ambientes saludables, par lograr un completo estado de bienestar todo ello nos lleva a tratar de alcanzar el máximo grado de responsabilidad en salud personal por parte del individuo y dela salud publica por parte de los gobiernos, que son los responsables de la salud de sus pueblos por lo que deben garantizar un sistema de salud que otorgue los recursos para una salud plena en el aspecto físico y psicológico.

Este estado de completo bienestar físico y mental, que incluye a las comunidades en el desarrollo de sus máximas capacidades en el goce y disfrute de la salud, se logra con sistema adecuado de detección diagnóstico y tratamiento para que se pueda llevar su rehabilitación en la misma comunidad, localizando y dando prioridad a los casos más urgentes especialmente en los casos de depresión mayor con tendencia a pensamientos suicidas, por lo que se hace necesario que se incluya al personal de salud como elemento esencial del tratamiento de los estados depresivos, con una profesionalización de médico, matronas, asistentes médicos y trabajadores sociales que puedan acudir a las comunidades.

Lo anterior incluye a las personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad, como lo es en este caso que se detecta una necesidad de atención en salud mental para los casos detectados de depresión.

2.6 Depresión en comunidades urbanas y rurales

Desde hace una década se comienza a observar cómo se comporta la depresión en las comunidades rurales y urbanas como la revisión bibliográfica de Provencal Estarellas (2012), su trabajo abordó la depresión en el entorno urbano y en el entorno rural. Dicho análisis expuso las prevalencias en cada área. Se han encontrado tanto factores de riesgo como protectores comunes en ambos entornos (rural y urbano), así como factores específicos para cada área. En relación con las prevalencias, se ha observado que el porcentaje del trastorno depresivo es menor

en la zona rural que en la zona urbana. Se hipotetiza que las zonas rurales tienen menor prevalencia debido a la globalización de las áreas urbanas.

La escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos revisada es un instrumento útil en la detección de estado depresivos especialmente en poblaciones jóvenes ya que debido a las altas tasas de depresión asociada a pensamiento suicida es necesario contar con bases de datos actualizados para que se tengan en cuenta los caos en los entornos escolares, familiares y laborales y que el personal de salud, los profesores y los padres de familia cuenten con herramientas para poder acompañar a sus jóvenes en estos procesos, detectando a aquellos con más factores de riesgo para una adecuada derivación a los servicios de salud mental y evitar el desarrollo de depresión en sus formas. En la Ciudad de México se hizo un estudio donde la muestra fue de 1549 estudiantes (54% hombres, 46% mujeres), con una media de edad de 14 años (desviación estándar, DE=1.2); 83% informaron ser estudiantes de tiempo completo la mayor parte del año anterior al estudio y que no trabajaban recibiendo un sueldo (84%). La mayoría (81%) tenía padre o figura paterna y 95% tenía madre o figura materna.

En la comunidad rural Michoacán de Jiménez Tapia, et al. (2015), registró 578 estudiantes (47.9% hombres, 52.1% mujeres), con una media de edad de 13.5 años; 34.4% de ellos tenía padre migrante, 13.1% tenía madre migrante y 17.2% tenía por lo menos un hermano migrante, obteniendo como resultados lo siguiente, la depresión grave o severa se registró en 12 %, en general la depresión tuvo una prevalencia mayor en el D.F., en comparación con el entorno rural de Michoacán con 9.2%, cabe mencionar que depresión tuvo mayor registro en las mujeres.

El mismo estudio reportó que el entorno urbano en este caso de la Ciudad de México antes Distrito Federal, la prevalencia de depresión es mayor que en el entorno rural del estado de Michoacán, lo cual concluye en su estudios la necesidad de crear campañas de sensibilización y educación en salud mental para poder crear comunidades saludables en el campo de la salud mental, mediante la inclusión activa y efectiva de los padres para la detección de cuadros depresivos desde el hogar para agilizar el acceso a los servicios médicos y de salud mental. (Jiménez et al. 2015).

Por otra parte, se realizó un estudio por Natera Rey et al. (2012), en una comunidad indígena de habla otomí en Hidalgo, se llevó un registro de las mujeres que acudían a consulta general, y se les cuestionaba acerca de su entorno familiar, detectando problemas con familiares alcohólicos, la mayor parte sus parejas lo cual les generaba angustia al no poder enfrentar su situación y resultaban en el análisis con estados depresivos variables., por lo que se procesó la información con el método mixto mediante el análisis de datos cuantitativos y cualitativos que toman en cuenta los factores culturales.

En esta investigación de la comunidad otomí se procesaron las variables depresión en asociación con las variables socioculturales, como el nivel escolar, edad, ocupación principal, y el estado civil del participante, , los resultados mostraron muy altas tasas de depresión con 62% basados en el CESD-R, la depresión fue mayor en mujeres, con actividad económica activa además de las ocupaciones propias del hogar, , aunque las que tenían solo como ocupación principal el ser trabajadora y menor de 40 años fueron factores protectores,

menciona al instrumento de detección como adecuado para detección temprana de síntomas depresivos en comunidades rurales

La escala de depresión (CES-D) es una escala adecuada para referir pacientes con estados depresivos en comunidades indígenas de México pero su interpretación requiere preparación y pericia por parte del investigador por el pensamiento mágico-religioso que predomina en las comunidades indígenas, en el proceso de evolución de la enfermedad. Como conclusión refirió que, la escala de CES-D es adecuada para medir la sintomatología depresiva en una población indígena de México tiene gran importancia en las comunidades indígenas.

Dando las siguientes recomendaciones: Crear redes de servicios en la comunidad, abandonar los cuidados asistenciales en los hospitales psiquiátricos, diversificar y ampliar las opciones de atención salud mental asequible y accesible para todos, promover una atención centrada en la persona y basada en los derechos humanos, resaltando el impacto de implicar y empoderar a personas (OMS 2022).

Saenz et al. (2019), llevaron un estudio en comunidades peruanas con el objetivo de determinar los factores más frecuentemente asociados a la depresión en adultos mayores de 60 años, residentes en once comunidades altoandinas de Perú. Se utilizaron como instrumentos, el tamizaje de depresión según Cuestionario de Yesavage ultracorto, y el autorreporte de depresión. Además, se recolectó datos sociodemográficos, presencia de Síndromes Geriátricos y Comorbilidades.

Se hizo un cálculo de la variables utilizando usando análisis de regresión, así como el método Chi cuadrada, y el test T de student para grupos independientes. Con una muestra de 371 participantes, se encontró un 40,7% de residentes que presentaban depresión según Cuestionario de Yesavage y 37,5% según el

autorreporte sobre depresión. Las comorbilidades y síndromes geriátricos fueron más frecuentes en participantes con depresión. Se observó que existe asociación entre el promedio de edad y la frecuencia de población rural y el diagnóstico de depresión. Así mismo, se concluyó asociación entre las comorbilidades y síndromes geriátricos, en adultos mayores de once comunidades altoandinas. (Saenz et al., 2019).

En el mismo sentido se realizó una investigación comunidades rurales de Colombia por Camargo Barrero et al., (2020) dicha investigación tuvo como objetivo identificar los niveles de sentido de vida, depresión y ansiedad en población rural de un municipio de Cundinamarca-Colombia. Fue un estudio de tipo descriptivo-cuantitativo, con una muestra de 100 personas que viven en zona rural de dicho municipio, aplicando cuatro instrumentos de recolección de datos: Ficha de datos sociodemográficos; Escala de sentido de vida; Depresión y Ansiedad.

Como resultado se identificaron puntuaciones bajas en percepción de sentido de vida (65%), la depresión oscilaba mayoritariamente en rangos normales (94%) y la muestra en su totalidad (100%) puntuó normal para ansiedad. Sin embargo, no queda claro las puntuaciones bajas en sentido de vida, contrastando con las de depresión y ansiedad. Se concluye, que se requiere profundizar en torno a la variable sentido de vida en población rural y su relación con otras variables de salud mental, en estudios mixtos que integren aproximaciones cuantitativas y cualitativas, lo cual puede ser auxiliada por investigaciones en las que indaguen acerca del comportamiento de la variable depresión en combinación con estilos de vida urbanos y rurales.

Salinas (2020) realizó un trabajo que busca identificar el riesgo de depresión y los factores psicosociales predisponentes en adultos mayores de ámbitos rurales y urbanos. Para este fin, se realizó un estudio descriptivo comparativo. Participaron 80 personas mayores a 65 años de zonas rurales y urbanas del sur de la provincia de Misiones. La depresión fue evaluada con el instrumento GDS 15, y los factores predisponentes con una entrevista semiestructurada. El riesgo de depresión fue estimado mediante estadísticos descriptivos. El estudio arrojó valores normales y leves de depresión en ambas muestras, con mayor preponderancia en el segmento urbano (nivel leve-moderado).

Los principales factores predisponentes en la población rural son la baja espiritualidad, la situación socioeconómica y los duelos recientes; y en la muestra urbana, la falta de propósito en la vida y los duelos recientes. Se observó mayor propensión a la depresión en los adultos urbanos, con niveles que llegan hasta depresión moderada en algunos casos. La diferencia puede deberse a que los adultos mayores urbanos, si bien tienen un nivel socioeconómico algo mejor, perciben un menor apoyo social, experimentan mayor soledad, tienen un propósito en la vida menos claro y definido, y un menor sentido de espiritualidad.

En el estudio de Di Castro et al. (2015), no hubo mayor asociación de acuerdo al tipo de zona de habitación pues refiere que, los estados depresivos son mayores en la mujeres especialmente en la que tenían escolaridad baja, y que se encontraban sin trabajo, solteras, o las que tenían más de cuatro descendientes. Estas cifras son acordes con otros estudios que refieren más desventajas en las mujeres que padecen depresión, aunado con los factores como bajo nivel socioeconómico, el no

tener pareja y presentar dificultades económicas debido al desempleo y tener varios dependientes económicos.

No existió relación entre la depresión junto con el nivel económico, ni tampoco hubo riesgo asociado a la edad de las mujeres con estados depresivos, la variable de pertenecerá grupos indígenas no tuvo significancia estadística con la depresión, así como el vivir en zonas rurales, urbanas o mixtas, las revisiones de los factores socioeconómicos con la depresión son variables en las diferentes zonas económicas y regionales, por lo que se considera la necesidad de realizar diagnósticos de depresión por localidades ya que cada una de las posee características propias y requieren de acciones dirigidas especialmente a cada una de ellas. lo que da el contexto de ahondar en investigaciones acerca de la distribución de depresión en todos los entornos nacionales. (Di Castro et al. 2015).

En otro estudio de Cerecedo-García D. et al. (2020), resalta respecto de la distribución de depresión en las diferentes zonas de México que entre los participantes en municipios con niveles de marginación bajo y muy bajo, se observó una disminución en la prevalencia de SD entre 2006 y 2018. Con respecto a la región geográfica, participantes en el Sur del país presentaron mayores SD en comparación con aquellos del Norte y Ciudad de México. Dentro de cada región, se observó una disminución de la prevalencia de SD entre 2006 y 2018, sin embargo estos son datos recabados antes de la pandemia lo que la presente investigación pretende contribuir a la actualización de datos de la distribución de la depresión en las diferentes zonas rurales y urbanas de México.

De acuerdo con lo publicado por Calderón (2018). Sobre la depresión en el adulto mayor, reportó que, la gran mayoría de estudios denota la proporción de depresión

que es más alta en mujeres en comparación con los hombres. Las viudas, ancianos aislados, pobres, institucionalizados y sometidos a estrés presentan depresión más frecuentemente. La prevalencia es mayor en el área rural que en la urbana. También encontró relación entre depresión y desempleo, divorcio, viudez, soledad y bajo nivel de instrucción en su revisión bibliográfica. Su revisión indica variación de los factores socioeconómicos en Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor. En México, varía entre 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión de 60%.

Romero et al., (2017) realizó una investigación en la zona norte del país (México), trabajando en hospitales del noreste abordando a las mujeres de entre 19 a 35 años, que cursaban estados postparto en los primeros 12 meses, con un neonato sano encontró que en la muestra de 154 mujeres se presentó depresión en 16 % de ellas las cuales son menores a las reportadas en la ciudad de México.

El estado civil se consolidó como un factor asociado de alto riesgo para desarrollar depresión, en especial el de unión libre el que más predominó en los casos de depresión, referir un pariente cercano con estado depresivo, referir tristeza persistente en la gestación, estrés crónico durante el embarazo o pérdidas por muerte de familiares, consumo de alcohol o sustancias en el embarazo, antecedente personal de padecimientos mentales, como ansiedad, además de tener insatisfacción con la figura corporal, sensación de rechazo a ella y mayor aceptación o atención al bebé.

INEGI (2023), refiere depresión grave asociado a la tasa promedio de suicidio según sexo, que en el periodo de 2017 a 2022, fue de 9.9 hombres por cada 100

mil, y de 2.1 mujeres por cada 100 mil. Esta diferencia entre sexos ha sido constante.

Para 2022, la tasa de suicidio en hombres fue de 10.5 por cada 100 mil, en tanto que, en mujeres, fue de 2.3 por cada 100 mil. Los datos anteriores se traducen en que ocho de cada 10 fallecimientos por suicidios (81.3 %) ocurren en hombres y dos de cada 10, en mujeres (18.7 %). El aumento en la tasa de suicidios en hombres y mujeres es significativo. El año más crítico fue 2021 el segundo año de la pandemia, por la COVID-19, pues presentó la tasa más alta de suicidios: 10.9 hombres y 2.4 mujeres por cada 100 mil, añadido a consumo de sustancias.

Investigaciones en estudiantes como el realizado por Granados Cosme (2020), refiere que, los estudiantes de medicina mostraron prevalencias más altas de sintomatología para ansiedad, depresión y conducta suicida que la población universitaria general (medicina incluida) y que los de cualquier otra carrera. Tanto entre los alumnos de medicina como entre los de cualquier otra carrera, los del último grado tuvieron prevalencias más altas de síntomas relacionados con los tres trastornos que los del primer grado.

Sin embargo, además de que resultaron más altas entre los de medicina, las diferencias entre grados también fueron más amplias en éstos. Por otra parte, tanto en la carrera de medicina como en cualquier otra, se obtuvieron prevalencias más altas para síntomas de ansiedad y depresión en mujeres, resultado que coincide con reportes sobre mayor presencia de sintomatología depresiva en mujeres que estudian medicina y que llega a ser más del doble que los varones. La prevalencia de conducta suicida fue mayor en las mujeres que estudian medicina en comparación con los hombres y otras carreras (Granados. 2020).

El análisis de asociación coincide con el de prevalencias. Los estudiantes de medicina mostraron más probabilidades de presentar síntomas de los tres trastornos al compararse con los de cualquier otra carrera. Pero no se observaron diferencias por sexo. Al interior de los alumnos de medicina, los del último grado tuvieron significativamente, más probabilidades de padecer sintomatología de los tres trastornos que los de primer grado, sin identificarse diferencias importantes por sexo. A diferencia de lo que se observó en la carrera de medicina, en cualquier otra carrera se observó una mayor probabilidad de que las mujeres presentaran síntomas asociados a depresión y los hombres conducta suicida (Granados 2020).

CAPITULO III MÉTODO

3.1 Línea de investigación:

Las líneas de investigación del programa doctoral, se fundamentan en el plan de acción sobre salud mental de la Organización Panamericana de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de donde se desprenden 5 líneas de atención en esta investigación se centró en la segunda línea de investigación que se denota:

Línea de Salud mental y desarrollo biopsicosocial, (punto 2.1 y 2.2)

2.1. Promoción de la salud mental

2.2. Prevención de los trastornos mentales

En el aspecto de promoción y prevención la OMS (2004) menciona que:

“Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a

individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental”.

La promoción de la salud mental está situada dentro del campo más amplio de promoción de la salud, y se coloca junto con la prevención de los trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas con enfermedades mentales y discapacidades.

Existen desde hace más de cuatro décadas los lineamientos para desarrollar estrategias de atención en salud física y mental desde la perspectiva de la promoción y prevención en salud mental, esta se ha considerado como un derecho de salud inmersos en los deberes de los gobiernos, para poder ejercer un impacto en las determinantes de la salud para poder aumentar los niveles de salud mental, y poder reducir la brecha de atención en salud mental, generando salud positiva, para mejorar el nivel de vida de todos los países, lo cual tiene antecedente en la declaración de “Yakarta” para la promoción de la salud, con intervenciones que tienen por objetivo promover acciones que impacten en la salud mental especialmente en aquellos que pasan por estos episodios depresivos, o se encuentran en rehabilitación.(OMS 2013)

La presente investigación desarrolló cómo es la relación de depresión y acceso al sistema de salud para su atención en dos comunidades una rural y otra urbana determinando su prevalencia e incidencia y explorar como es su forma de atención

de acuerdo con el acceso a los centros de atención de salud mental, con un enfoque basado en el modelo de Atención Primaria en Salud (APS).

Los problemas de salud mental incluyen síntomas de los padecimientos más frecuentes, los cuales tienen diferencias en sus tiempos de duración, tiempo en el cual se deben generar ventanas de tratamiento, para actuar sobre los factores predisponentes favoreciendo, los factores protectores, aunque los factores protectores y de riesgo pueden ser diferentes en cada comunidad muchos de ellos son comunes por lo que se debe poner atención la detección de ellos en cada comunidad y realizar acciones coordinadas interdisciplinarias adecuadas para disminuir el impacto en el nivel de salud (Castello 2016 et al.,).

3.2 Metodología utilizada

Investigación realizada con el método cuantitativo, al respecto Yanetsys Sarduy Domínguez (2007), comenta que esta se dedica a recoger, procesar y analizar datos cuantitativos o numéricos sobre variables previamente determinadas en nuestro caso depresión y acceso al sistema de salud. Esto ya lo hace darle una connotación que va más allá de un mero listado de datos organizados como resultados.

Estos datos que se muestran en el informe final en datos vaciados en tablas están en total consonancia con las variables depresión y acceso a sistema de salud mental, que se declararon desde el principio y los resultados obtenidos serán de utilidad para futuras investigaciones, y de acuerdo con la intervención por nuestra parte en la investigación sobre los fenómenos es observacional pues solo nos concretamos a observar y analizar el fenómeno.

El análisis descriptivo de los parámetros de estudio se ha realizado con los valores de las frecuencias y su intervalo de confianza al 95%. En el análisis bivariado se ha utilizado la prueba Chi cuadrado de Pearson, y como medida de asociación la Odds Ratio, con su intervalo de confianza al 95%.

Con fines descriptivos, para conocer la probabilidad o riesgo de sufrir depresión, se ha realizado un análisis multivariante de regresión logística, partiendo de un modelo donde eran introducidas como variables independientes todas las variables categóricas del estudio, siendo el objetivo conocer el efecto de cada una de las variables una vez ajustadas por el resto. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS 27.0.

El Paradigma de Investigación Cuantitativa utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar las preguntas de investigación planteadas en nuestra investigación, en nuestro caso los datos se recabaron a partir de una encuesta utilizando el instrumento de Beck (BDI-II) para detectar depresión, y probar o no hipótesis establecidas previamente, aunque en esta investigación no se estableció hipótesis.

La investigación cuantitativa confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud, patrones de comportamiento en una población. Se basa en un tipo de pensamiento deductivo, que va desde lo general a lo particular en este caso en los índices de depresión y su acceso a los servicios de salud en Cuangatzio Michoacán e Iztapalapa, CDMX.

En nuestra investigación se realizó una encuesta, que de acuerdo con la metodología es una encuesta de exploración, la cuales no parten de una hipótesis y son más bien de tipo descriptivo. También se trata de buscar una respuesta a una

cuestión práctica, se necesita precisar las variables que intervienen, en este caso establecer si el acceso al sistema de salud tiene relación con los índices de depresión en las comunidades estudiadas.

Dentro de todos los análisis de los métodos cuantitativos podemos encontrar una característica basada en el positivismo como fuente epistemológica, que es el énfasis en la precisión de los procedimientos para la medición. Otra característica predominante de los métodos cuantitativos es la selección subjetiva e intersubjetiva de indicadores (a través de conceptos y variables) de ciertos elementos de procesos, hechos, estructuras y personas. (Cienfuegos 2016).

3.3 Diseño metodológico:

a) De acuerdo con el propósito: Básica

De acuerdo con el tipo de investigación se realizó de tipo básica pues se genera conocimiento nuevo. La investigación básica también conocida como investigación fundamental, exacta o investigación pura, que se ocupa del objeto de estudio sin considerar una aplicación inmediata, pero teniendo en cuenta que, a partir de sus resultados y descubrimientos, pueden surgir nuevos productos y avances científicos que es este caso. (Vargas 2009).

b) Según los medios usados para obtener los datos: de campo

Esta investigación fue de campo, se llevó a cabo en la población de Cuangatzio, Michoacán, y centro de salud en Iztapalapa TIII Dr. Guillermo Román y Carrillo, CDMX la investigación de campo o trabajo de campo es la recopilación de información fuera de un laboratorio o lugar de trabajo. Es decir, los datos que se necesitan para hacer la investigación se toman en ambientes reales no controlados.

Aunque este tipo de investigación se realiza en la naturaleza o ambientes que no son controlables, puede ser llevado a cabo con los pasos del método científico.

La investigación de campo consiste en la recolección de datos directo de la realidad, sin manipular o controlar las variables. Estudia los fenómenos sociales en su ambiente natural. No existió manipulación de variables debido a que se pierde el entorno de naturalidad en el cual se manifiesta. (Leyva y Guerra, 2020).

c) Atendiendo al nivel de conocimientos que se adquieren: descriptiva, correlacional.

El paradigma de investigación cuantitativa hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud, patrones de comportamiento en una población. Se basa en un tipo de pensamiento deductivo, que va desde lo general a lo particular. Desde un conocimiento extenso de una generalidad, para luego deducir el comportamiento acotado de una particularidad individual. Se basa en un modelamiento que define cómo se hace cada cosa, transformándolo en un enfoque más rígido, enmarcado en una cierta forma de hacer las cosas (Cienfuegos 2016).

En esencia, la investigación descriptiva es un enfoque sistemático utilizado por los investigadores para recopilar, analizar y presentar datos sobre fenómenos de la vida real con el fin de describirlos en su contexto natural. Su objetivo principal es describir lo que existe, basándose en observaciones empíricas (Leyva y Guerra 2020).

El mismo autor señala que a diferencia de la investigación experimental, en la que las variables se manipulan para observar los resultados, la investigación descriptiva trata el escenario "tal cual" para facilitar la investigación posterior

proporcionando un marco o nuevas perspectivas sobre las que puedan basarse los estudios posteriores.

Este tipo de investigación de acuerdo con el manejo de variables sería correlacional, pues trata de determinar la fuerza de asociación o relación entre variables antes mencionadas, así como la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra. De aquí se puede hacer inferencia a una población de la cual esa muestra procede. Más allá del estudio de la asociación o la relación pretende, también, hacer inferencia que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada. (Rodríguez y Pérez 2017).

Los estudios correlacionales, son procedimientos investigativos en los cuales se trata de determinar la relación existente entre dos o más variables de estudio, manipulándolas específicamente y no físicamente, permitiendo al investigador obtener conclusiones de las relaciones entre conceptos de grupos heterogéneamente seleccionados. Este tipo de estudios debe ser elegido por los investigadores, que ya cuentan con alguna experiencia en el manejo de estadística y diseños metodológicos, y cuando no se puede realizar físicamente la manipulación de las variables de estudio. Es electivo también, cuando los sucesos ya han ocurrido, o cuando la manipulación de las variables no sea ética o sea ilegal (Bustamante y Mendoza 2013)

El uso de herramientas de recolección de datos se considerará fundamental al momento de obtener información, pudiendo conseguir datos que sean irrelevantes para el estudio y generen confusión al momento de su análisis. Pese a ello, la aplicación de fórmulas estadísticas correctivas podría facilitar de algún modo un

análisis adecuado. De esta forma cuanto mayor número de variables sean relacionadas, la fuerza de las relaciones más completa explicará los fenómenos estudiados. (Bustamante y Mendoza 2013)

d) Por el tiempo en que se realiza: Transversal.

Se realizó un estudio transversal, pues solo se toma en un momento determinado sin volver a realizar la medición nuevamente en la muestra de estudio es muy útil para conocer la prevalencia en este caso de depresión en las comunidades estudiadas y poder conocer las necesidades de las poblaciones, pues se estudian las variables simultáneamente haciendo un corte en el tiempo, si bien los estudios correlacionales, son de tipo observacional al igual que los estudios descriptivos, estos últimos miden con precisión las variables individuales y los conceptos de las mismas, y no su relación (Bustamante y Mendoza, 2013).

e) Conforme al tipo de razonamiento empleado: La presente investigación fue de tipo racional.

El conocimiento racional se desprende de la razón, para adquirirlo se debe hacer un esfuerzo consciente, metódico, a menudo argumentativo, que obedece a las leyes formales de la lógica. Esto significa que el conocimiento racional es una forma analítica de pensamiento, vinculada con un método. Por eso puede transmitirse, demostrarse y replicarse (en el caso de la ciencia experimental). El conocimiento racional no trata de verificar sino de demostrar, con evidencias empíricas, inconsistencias y falacias en las distintas teorías a las que se enfrenta.

El racionalismo crítico de K. Popper es un ejemplo de conocimiento racional. A diferencia de Platón, Descartes o Leibniz, Popper no aboga por la razón como forma de descubrir la verdad, sino que su uso apunta a descubrir métodos, formas y

huecos en las teorías existentes. Solo a través de un uso metódico de la razón es que las ciencias pueden avanzar. (Rodríguez y Pérez 2017).

f) Acorde con el método utilizado:

La presente investigación fue de tipo analítico. Los estudios analíticos de acuerdo con Rodríguez Jiménez (2017), se caracterizan porque pretenden descubrir una relación entre algún factor de riesgo y un determinado efecto, es decir, pretenden establecer una relación causal entre dos fenómenos naturales.

En este tipo de estudios, es esencial entender que para que prevalezca su condición de estudio observacional, han de cumplir la premisa de que el investigador no establece ningún tipo de intervención en los grupos de estudio, los cuales se someten a las leyes naturales de evolución desde que interviene la causa hasta que se produce el hipotético efecto resultante.

Los estudios analíticos requieren un diseño especial y más cuidadoso que los estudios descriptivos, sobre todo en lo que se refiere a los sistemas de control de sesgos y de factores de confusión, que de no establecerse desde su diseño inicial de forma correcta podrían invalidar los resultados del estudio., (Veiga de Cabo et al., 2008).

La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. En esta investigación la muestra se conforma por todas las personas de la comunidad en estudio que acudan al centro de atención de la comunidad de Cuangatzio Michoacán (rural) además de los que acepten responder la encuesta en sus domicilios en el momento de la visita (113 personas) y las personas que acudan al centro de salud del centro de salud Guillermo Román y Carrillo (urbana) en los días de aplicación de encuesta

(154 personas), digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población.

Las muestras probabilísticas son esenciales en los diseños de investigación transeccionales, tanto descriptivos como correlacionales-causales (las encuestas de opinión o sondeos, por ejemplo), donde se pretende hacer estimaciones de variables en la población. Estas variables se miden y se analizan con pruebas estadísticas en una muestra, de la que se presupone que ésta es probabilística y que todos los elementos de la población tienen una misma probabilidad de ser elegidos de acuerdo con, Mertens (2010) y Borg y Gall (1989), la muestra mínima para estudios cuantitativos transversal y correlacionales es de 30 individuos, (Leyva y Guerra 2020)

3.4 Población.

Se eligieron dos comunidades para la investigación con características diferentes una de ellas es una comunidad rural de Cuangatzio, del municipio de Salvador Escalante, Michoacán, que se fundó el 4 de diciembre de 1938 con una dotación de 556 hectáreas (Diario Oficial 1940), cuenta con una población de 493 habitantes (259 mujeres y 234 hombres) y está a 2299 metros de altura sobre el nivel del mar. (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI, 2021).asi como falta de servicio de salud mental. Esta comunidad rural dispersa no cuenta con ningún servicio de salud, médico general, ni especialista

En la muestra rural se realizaron 113 encuestas, de acuerdo con los criterios de aplicación del instrumento de Beck (BDI-2) a mayores de 13 años, que acudieran a la capilla a consulta y también se visitaron los domicilios para realizar la investigación, de las cuales 21 fueron mujeres y 92 fueron hombres (ver figura 3).

La población urbana está conformada por los usuarios que atiende un Centro de Salud tipo TIII en la alcaldía de Iztapalapa, en la ciudad de México, el cual es un servicio a población abierta que recibe pacientes de cualquier parte de la ciudad de México, esta unidad de atención

Por lo anterior se realizó la encuesta a usuarios de centro de salud TIII Guillermo Román y carrillo, que acudan al centro de salud y que acepten participar en la investigación. Este centro de salud se ubica en: Av. Zacatlán 146, Área Federal Panteón San Lorenzo Tezonco, Iztapalapa, Ciudad de México, CDMX, México, Teléfono +52 55 5038 1895, (ver figura 2). Cuenta con servicio médico, psicológico, psiquiátrico, y una unidad especializada en adicciones, en la investigación se realizaron 154 encuestas a personas que acudieran al Centro de Salud por cualquier motivo que aceptaran responder la encuesta, de las cuales 20 fueron hombres y 134 fueron mujeres.

La alcaldía Iztapalapa cuenta con 3 hospitales generales y 25 centros de salud, 1 centro de atención mental, Atiende a usuarios sin seguridad social en delegación Iztapalapa que tiene una población de 1 835 486 hab. (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI 2021).

El 30.04% de la población económicamente activa de Iztapalapa tiene niveles de ingreso menores a dos salarios mínimos, y a pesar de que el mayor porcentaje

se ubica en más de 2 salarios mínimos (52.90% nacional, 60.83% estatal y 55.59% local), esto indica que el poder adquisitivo es bajo en 1 de cada 4 personas

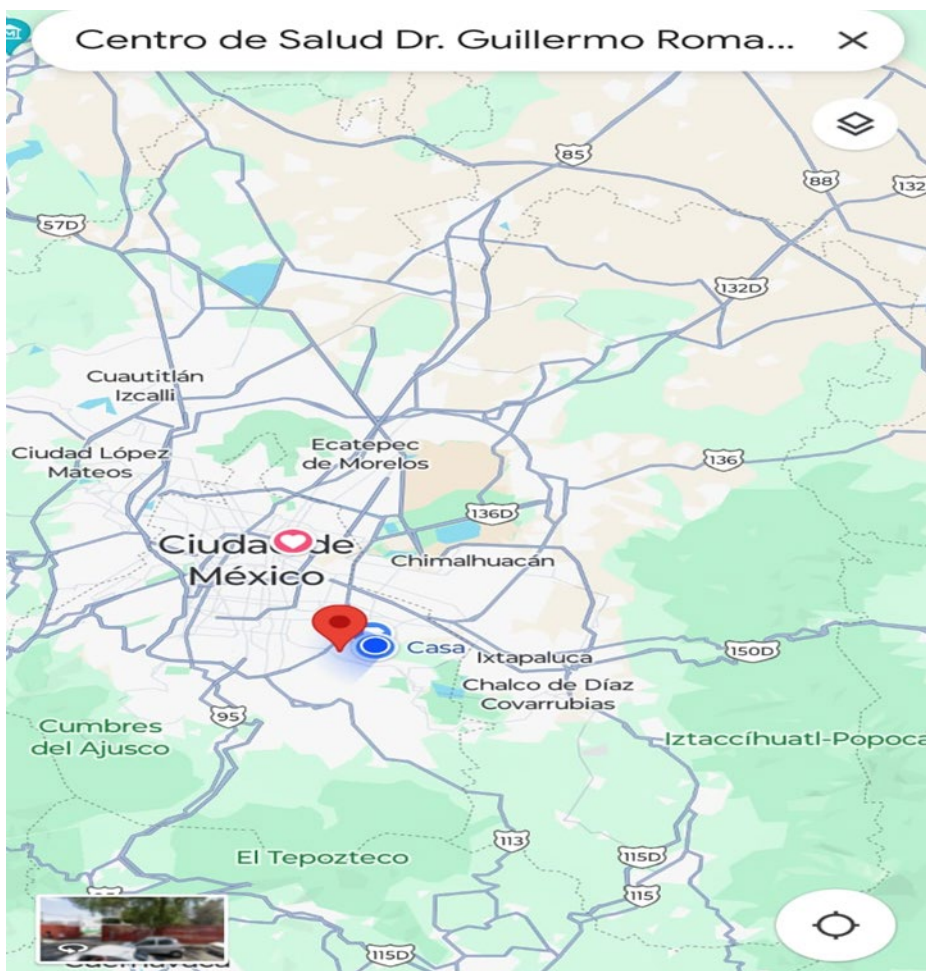


Figura 2 .- Ubicación de centro de salud Dr Guillermo Román carrillo, Iztapalapa, CDMX.

Fuente: elaboración propia.

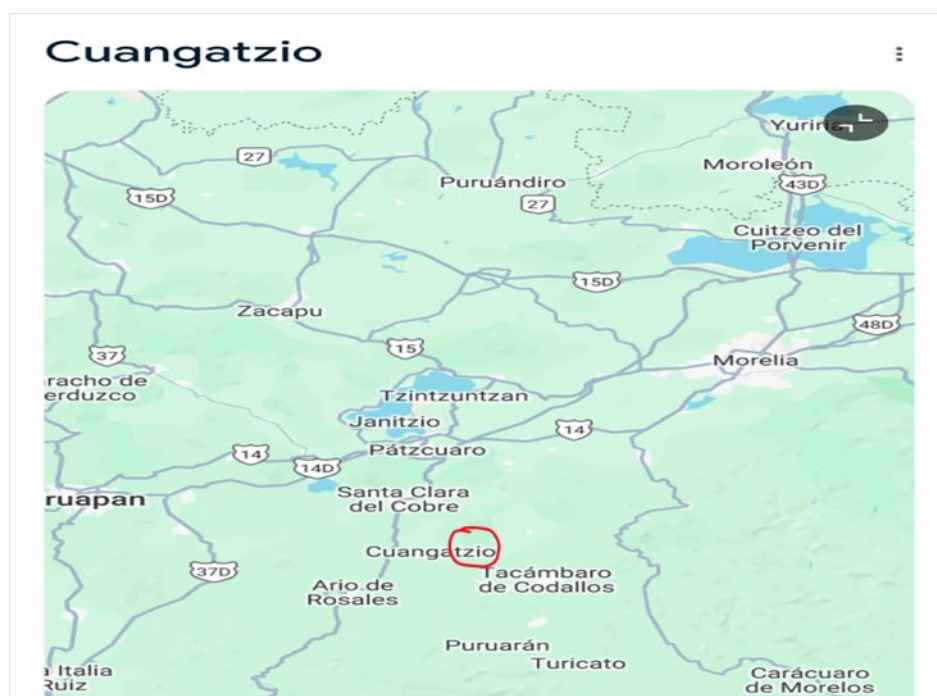


Figura 3.- Ubicación de Cuangatzio, Michoacán y fotos de trabajo de campo.

Fuente: Elaboración propia.

3.5 Procedimiento de selección de muestra.

El tipo de selección de muestra fue el de muestreo probabilístico, aleatorio estratificado, las encuestas probabilísticas tienen por objeto estudiar los métodos para seleccionar y observar una parte que se considera representativa de la población, denominada muestra, con el fin de hacer inferencias sobre el total. La representatividad de una muestra se garantiza con una selección metodológicamente correcta de las unidades de muestreo sujetas a investigación. La intención de la encuesta no es describir de manera particular a los individuos que formaron parte de la muestra, sino obtener un perfil estadístico de la población., (Burns y Grove 2012). En el caso específico de la comunidad rural se realizaron visitas a los domicilios y en el módulo de atención colocado en la capilla de la comunidad, mientras que, en el contexto urbano, la encuesta se realizó a las personas que acudían por cualquier motivo al centro de salud en el horario matutino de 11 a 2 pm.

En estos esquemas cada unidad de muestreo tiene una probabilidad conocida y no nula de ser seleccionada, lo que permite obtener estimaciones y hacer inferencias sobre los parámetros poblacionales con márgenes de error previamente establecido. (Rodríguez y Pérez 2017), para la investigación en la comunidad rural se realizó una junta con el representante de la comunidad en ocasión de la organización de las posadas decembrinas para presentarnos e informar el objetivo de nuestra visita, invitándolos a acudir a servicio médico en la capilla por la mañana y por la tarde acudir a domicilios de personas que no hayan acudido a la capilla,

siempre acompañando en cada una de las encuestas para resolver dudas y que no quedaran preguntas sin responder.

En el Centro de Salud se realizaron las encuestas con el apoyo de una medico de base, un pasante y un estudiante a los usuarios que acudieran al centro de salud en el horario matutino, que aceptaran responder el cuestionario con asistencia durante el mismo para evitar que quedaran preguntas sin responder, se realizaron 154 encuestas de las cuales 134 fueron mujeres y 20 fueron hombres.

3.5.1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de Inclusión: Se incluyó a toda persona que aceptó participar en la encuesta, de 13 años en adelante que de acuerdo con el Instrumento de Detección de Depresión de Beck (BDI-II) es la edad recomendada para la aplicación del instrumento, y que además fuera capaz de responder el instrumento de detección sola y/o asistida por el equipo encuestador, como en el caso de las personas que no saben leer o escribir.

Criterios de exclusión: Se excluyó a todo participante que no haya aceptado participar en la encuesta, que no cumpliera con el requisito de edad, o que no llenara adecuadamente el instrumento de la encuesta.

Criterios de eliminación: se eliminó toda prueba que no fuera legible o no se haya respondido correctamente o estuviera incompleta.

3.6 Participantes.

Doctorante encargado: Planear y supervisar la aplicación del instrumento, además de aplicar la encuesta, se ofreció consulta médica sin costo en la comunidad, durante la estancia en la misma. Después de haber terminado de recabar las encuestas necesarias, se procesaron los datos para producción de resultados, redacción final del documento.

Medico adscrito al Centro de Salud, asignada al consultorio 5, que fungió como enlace en el Centro de Salud, quien también ayudo como aplicador del instrumento.

Medico pasante: encargado de aplicar instrumento, en este caso se trató de un médico pasante del centro de salud que estaba en servicio de pasantía en el centro de salud Guillermo Román Carrillo, a quien se le capacitó acerca del contenido y objetivo de la encuesta, para la aplicación.

Enfermero asistente: encargado de aplicar instrumento, se trató de un técnico en enfermería general, estudiante de tercer semestre de odontología, de igual forma se le capacitó, acerca del contenido y objetivo de la encuesta, para la aplicación de la misma en la zona rural y en el Centro de Salud de Iztapalapa.

Encuestador capacitado: encargado de aplicar instrumento, se trató de un seminarista religioso, que fungió como enlace con el párroco de santa Clara del Cobre, para facilitar el acceso a la comunidad de Cuangatzio, y planear la logística de traslado, alojamiento, alimentación y acompañamiento en la comunidad para aplicación de la encuesta.

Asistente local: Enlace con la comunidad y o del centro de salud, para asistencia y acompañamiento, en la comunidad rural durante la aplicación del instrumento.

3.7. Técnicas e Instrumentos empleados

Para esta investigación se utilizó como prueba de detección el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) que es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010), incluso ha mostrado su validez en poblaciones mexicanas (Beltran et al. 2012), se recomienda para investigación epidemiológica, para detección y comprensión de la depresión por Rosas Santiago et al. (2020), que realizó su estudio en población abierta del sureste de México.

Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades) y problemas relacionados al estado físico y mental.

El instrumento BDI-II de detección es de uso clínico ya que puede diagnosticar depresión en sus diferentes niveles, para determinar la depresión desde un nivel leve al grave, la edad de aplicación es a partir de los 13 años, es fácil de aplicar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. Se contesta en un periodo de hasta 10 minutos, aunque los pacientes

con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden requerir más tiempo en contestarlo.

Las aplicaciones requieren un recuento de 2 semanas previas a la aplicación, eligiendo las respuestas que más se identifique con ellas, este instrumento es consistente con el DSM-IV y V para la depresión mayor. “Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta” (Sánchez et al.,2022).

Las puntuaciones mínima y máxima en la prueba son de 0 a 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave, las áreas de aplicación son: Psicología clínica, Neuropsicología, Psicología forense.

En las evaluaciones con el instrumento BDI-II se informa a la persona que “si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto” también se solicita que en caso “de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito)”.

Para mantener la congruencia con las entrevistas para la aplicación oral del cuestionario, para los estudios de investigación iniciales y análisis psicométricos de la adaptación española, se sigue permitiendo que se puedan elegir más de dos opciones en cada reactivo para que el entrevistado se sienta cómodo y en la

evaluación final diagnóstica el encargado del test sea que asigne la puntuación mas alta de las que se hayan elegido.

El instrumento está construido en escala de Likert conteniendo cuatro categorías, en cada reactivo hay 4 opciones posibles que van de 0 a 3. Los puntos se suman al final se compara en el tabulador de los 21 reactivos, si se eligieron mas de una respuesta en algunas preguntas se elige la puntuación más alta

La calificación tiene un rango de valor desde 0 a 63 puntos, entre más alta se la puntuación mayor es la severidad del cuadro depresivo, con la siguiente clasificación:

- 0-13, mínima depresión;
- 14-19, depresión leve;
- 20-28, depresión moderada;
- y 29-63, depresión grave.

Los resultados de estudios de validación indican que el BDI-II es un instrumento adecuado para evaluar sintomatología depresiva en adolescentes chilenos y adultos. (Melipillán Araneda et al 2008). Y en la población mexicana (Rosas Santiago et al., 2020).

Las covariables sociodemográficas clasificadas en el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI 2021), que se derivan del mismo instrumento fueron estado civil, la cual es la situación legal que cursa el encuestado con las siguientes modalidades de opción soltero, casado, unión libre, divorciado o separado, y viudo. Edad se anota en años cumplidos sin meses, la covariable sexo, se clasifica como hombre o mujer de acuerdo con sus características biológicas y

fisiológicas, la ocupación se utilizó como sinónimo de trabajo (empleado) o bien la ocupación a la que dedican mayor tiempo como dedicarse al hogar, estudiante, o bien desocupado si no realiza ninguna actividad de las mencionadas como los pensionados.

El concepto de educación se refiere al nivel de escolaridad que refiere el encuestado, con las opciones de “no sabe leer ni escribir”, solo sabe leer y/o escribir, educación básica aquellos que han cursado primaria, y /o secundaria, bachillerato, aquellas personas que han cursado estudios de bachillerato, licenciatura aquellos que han cursado preparación de nivel universidad, y posgrado a los que refieren estudios posteriores a la licenciatura, ya sean completos o truncos.

Para determinar el tipo de servicios médicos a los cuales tienen acceso se explicó detalladamente acerca de los diferentes tipos de servicios médicos existentes posteriormente se interrogó específicamente sobre los servicios médicos reportados a nivel nacional como establecimientos de servicios de salud (Secretaría de Salud, 2014) divididos en servicios de seguridad social, los cuales son proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto Servicios Sociales al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Servicios Médicos de la Secretaría de la Defensa (SEDENA), estos tienen la característica de otorgar servicios de forma gratuita a los incorporados a su sistema de atención.

Los servicios públicos de salud son los que provee la Secretaría de Salud por medio de Hospitales Generales y de Especialidad de la misma secretaria, los Centros de Salud y las clínicas del Clínicas del Bienestar, que otorgan servicios de salud de forma gratuita a población abierta.

Los servicios médicos privados, son aquellos que se otorgan en las unidades médicas generales u hospitales del sector privado que otorgan sus servicios por remuneración económica exclusivamente.

La opción de ninguno hace referencia a que no se tiene acceso a ningún servicio de salud en su comunidad. Después de explicarles ampliamente acerca de las diferentes clases de servicios de salud se les indica que elijan la opción que corresponde.

Después de seleccionar el servicio de salud al que tiene acceso, se les interroga sobre si hay servicio de salud psicológico y/o psiquiátrico (salud mental) en su comunidad escogiendo una respuesta de “SI”, en caso positivo de la existencia de servicios de salud mental, en caso negativo escoger la opción “NO”, y en caso de desconocer sobre la existencia de unidades de salud para la atención mental elige la respuesta “No lo sé” de estos reactivos se realiza el vaciado en el programa SPSS y se realizó el proceso de datos correspondiente.

3.8. Procedimiento de Recolección de Datos.

Para llegar a la comunidad urbana nos desplazamos desde la ciudad de México, en vehículo propio solventando los gastos de viáticos con recursos propios, ya que no se cuenta con ningún apoyo de ninguna institución pública o privada, llegamos en primer lugar a Santa Clara del Cobre para entrevistarnos con el párroco, José Antonio Rodríguez para informar sobre nuestra investigación en la comunidad de Cuangatzio de la cual es rector pastoral por lo que comisiono a las personas que se encargarían de la organización en la comunidad para el alojamiento y los alimentos.

Una vez instalados en la comunidad urbana, nos presentamos como equipo encuestador en la comunidad rural de Cuangatzio, Michoacán nos presentamos cada uno y explicamos las actividades que llevaríamos a cabo en la comunidad, se les indicó que se ofrecerá servicio médico general en la capilla de la comunidad sin costo alguno en un horario de dos a seis de la tarde, mientras que se visitarán sus domicilios para aplicar la encuesta, en un horario de diez de la mañana a dos de la tarde, siempre acompañados por personas de la comunidad para evitar rechazos en los domicilios visitados.

En el caso de la comunidad urbana, donde se aplicó la encuesta, en el Centro de Salud Guillermo Román Carrillo se les informó el objetivo, finalidad y alcance de la investigación, a cada uno de los participantes, obteniendo su consentimiento verbal para la aplicación de la encuesta dicha aplicación se llevó a cabo en un horario de diez a dos de la tarde de lunes a viernes apoyados por la doctora médico escrita al Centro de Salud del consultorio cinco del turno matutino, que fue nuestro enlace con el centro de salud para la aplicación de la encuesta.

Se explicó a los participantes el objetivo principal del estudio, específicamente establecer relación entre la depresión y el acceso a servicios de salud, el cual se llevó a cabo de manera voluntaria y confidencial en un momento dado. En el primer y único acercamiento, se les informó sobre la confidencialidad y solicito consentimiento verbal informado, pues no aceptaron firmar ningún documento, en donde se especifica el anonimato, confidencialidad de los datos y el tiempo aproximado, el cual fue de 10 a 20 minutos.

Posteriormente se procedió a la aplicación de forma individual del Instrumento de Beck (BDI-2), se interrogó sobre el servicio médico al que tiene acceso y si existe servicio de salud mental en su comunidad, a los menores de edad se les aplicó en presencia de su responsable tutor o de representante de la comunidad rural.

Al finalizar la aplicación, se revisaron los instrumentos de encuesta, para evitar que faltaran ítems por contestar. en ambas comunidades para futuras investigaciones.

En la encuesta llevada a cabo en el Centro de Salud de Iztapalapa (entorno urbano), a todo usuario asistente a la unidad de salud, que cumpla con el requisito de edad que es de 13 años en adelante se presentó el instrumento a cada participante, explicándole el alcance y confidencialidad del mismo, se explicó como llenar cada uno de sus ítems, así como de la selección correspondiente a los servicios de salud disponibles en su comunidad, asesorando en todo momento acerca de las dudas que pueda presentar el encuestado, para evitar encuestas incompletas, de la misma forma que en la comunidad rural una vez recabadas las encuestas durante los días de la encuesta se procesaran en la paquetería SPSS realizando los cálculos correspondientes con las covariables descritas previamente.

3.9. Desarrollo de Etapas de la Investigación.

3.9.1. Etapa 1. Selección del objeto de estudio.

La salud pública en la actualidad se ha enfocado en el paradigma de la atención en Atención Primaria de la Salud (APS), pues en el desarrollo de la historia de la

salud, la atención en salud ha pasado del paradigma curativo donde se privilegiaba la atención de tercer nivel de tipo especializada, lo cual generó un gasto excesivo y no se reflejaba mejoramiento en los indicadores de salud, así en la salud mental su atención se está dirigiendo en la atención del individuo en la comunidad con una participación directa de la familia y su red de apoyo, en este caso relacionado a esto nos interesa conocer como es el acceso a la atención en salud mental y como es en los diferentes entornos comunitarios.

Por lo que se tomaron dos comunidades diferentes para comparar los datos obtenidos, y generar datos que ayuden a mejorar la detección y el acceso a los servicios de salud, por lo que se obtuvo la autorización de las autoridades locales de la comunidad rural de Cuangatzio Michoacán, específicamente del párroco de Santa Clara del Cobre que facilitó el ingreso a la comunidad.

La aplicación de la encuesta en la comunidad urbana se realizó en el Centro de salud TIII, Dr. Guillermo Román Carrillo, de Iztapalapa por ser la alcaldía más cercana a nuestra ubicación que tiene la cualidad de ser la más poblada de la CDMX, además de contar con el apoyo de un médico adscrito, que fue el contacto para acceso al centro de salud para realizar la encuesta de detección.

3.9.2. Etapa 2. Trabajo de campo.

En la población rural se trabajó durante dos semanas para presentarse con las autoridades locales y que el equipo encuestador pudiera familiarizarse con la comunidad y el lugar previa explicación de cómo llenar el formato de la ficha de identificación, y el instrumento de detección, se aplicó la encuesta a las personas

que hayan acudido al módulo instalado en la capilla para atención médica general, y otros elementos del equipo, se trasladaron a las viviendas para realizar la encuesta casa por casa, en el caso de no encontrar a nadie en su domicilio, se anotaba como pendiente para regresar en otra hora o al día siguiente.

Se explicó a los participantes el objetivo principal del estudio, específicamente establecer relación entre la depresión y el acceso a servicios de salud, el cual se llevó a cabo de manera voluntaria y confidencial en un momento dado. En el primer y único acercamiento, se les informó sobre la confidencialidad y solicito consentimiento verbal informado, pues no aceptaban firmar ningún documento en donde se especifica el anonimato, confidencialidad de los datos y el tiempo aproximado, el cual fue de 10 a 20 minutos.

Posteriormente se procedió a la aplicación de forma individual de los instrumentos Inventario de Depresión de Beck (BDII), además se interrogó sobre el servicio médico al que tiene acceso y si existe servicio de salud mental en su comunidad, a los menores de edad se les aplico en presencia de su responsable tutor o de representante de la comunidad rural y/o personal encargado de la salud en el centro de atención urbana.

En el núcleo de población urbana se trabajó de la misma forma con la excepción de que solo se aplicó a los usuarios que acuden al centro de salud, en un horario de diez de la mañana a dos de la tarde, que aceptarán participar en la aplicación de la encuesta, pues la concurrencia es alta en el centro de salud urbano y no fue necesario realizar visitas domiciliarias.

3.9.3. Etapa 3. Análisis de la información.

El análisis de información parte desde la simple recopilación de toda la información necesaria para sustentar la base teórica de la investigación y lectura de textos relacionados con los índices de depresión en relación adecuado acceso a las unidades de atención en salud de nuestro país, en esta investigación se centró en explorar el servicio de salud disponible en la comunidad, hasta llegar a la interpretación de los resultados obtenidos. Es decir, el análisis es una actividad intelectual que logra el arte o la virtud de perfeccionar capacidades profesionales por parte del investigador, todo esto gracias al empleo de métodos y procedimientos de investigación, ya sean cuantitativos o cualitativos que le permiten separar lo principal de lo accesorio y lo trascendental de lo pasajero o superfluo, en nuestro caso se trató de una investigación de tipo cuantitativo, (Domínguez 2007).

El vaciado de la información se realizó en una matriz en la paquetería SPSS para su procesamiento, mediante un análisis correlacional bivariado, obteniendo porcentajes y relación de las variables dependientes e independientes, así como de las covariables que se desprenden del instrumento de detección de depresión (Beck BDI-II).

Se hizo uso de la estadística descriptiva para la obtención de frecuencias, medias y desviación estándar; así mismo, se utilizó la estadística inferencial, específicamente se empleó la prueba paramétrica de correlación de Pearson para determinar si existía o no la relación entre las variables depresión y disponibilidad de servicios de salud, así como las covariables que se desprenden del instrumento de Beck; al igual que la prueba paramétrica t de Student para muestras independientes con el objetivo de establecer diferencias entre medias de grupos,

tanto de hombres, como de mujeres, calculando el riesgo que presenten las covariables mediante el cálculo de riesgo. (OR)

3.9.4. Etapa 4. Presentación de resultados

La presentación de los resultados de una investigación cuantitativa es importante porque permite comunicar los hallazgos de manera clara y visual, y así contribuir a la construcción colectiva del conocimiento, lo cual es de vital importancia pues en nuestra investigación se genera conocimiento actual para ampliar conocimiento que sirva de base a acciones de intervenciones futuras por las diferentes organizaciones privadas y gubernamentales.

Un informe bien estructurado valida el rigor de su análisis y facilita a otros investigadores la comprensión y reproducción de los resultados. Los estudios cuantitativos son un pilar fundamental en el mundo de la investigación, ya que ofrecen potentes herramientas para recopilar y analizar datos objetivos

Los resultados de la investigación se derivan de las preguntas del instrumento de Beck (BDI-II) que uno por uno se hace el conteo de los puntos obtenidos de acuerdo al instructivo de propio instrumento, para obtener el diagnóstico de depresión según el grado que le corresponda, se realizó el vaciado de cada una de las variables como la edad, el sexo, ocupación, y escolaridad.

Además, se realizó el conteo de las variables que refieren acerca de los servicios de salud a los que tiene acceso y se cuestiona acerca de servicios de salud mental disponibles en la comunidad en ambas comunidades.

Los resultados se presentaron en tablas que describen cada variable indicando su porcentaje correspondiente, de la misma forma se realizaron gráficas de los índices de depresión detectados por comunidad y también tablas comparativas de los resultados más sobresalientes. Así como tablas cruzadas de contingencia para correlacionar las variables dependientes e independientes y expresar las relaciones obtenidas mediante el cálculo de riesgo (OR), lo cual se compara entre las comunidades y entre las covariables en relación a los que presentan los diferentes grados de depresión, para generar las conclusiones correspondientes a cada covariable y determinar relaciones entre variables con depresión, con la consiguiente generación de recomendaciones y sugerencia de futuras investigaciones.

3.9.5. Etapa 5. Análisis de la información y conclusiones

El objetivo de llevar a cabo un análisis de la información recabada en la investigación y que ha pasado por el proceso de datos para darnos resultados objetivos y medibles de nuestra investigación, para obtener criterios firmes que puedan facilitar el análisis de información, mediante el uso de herramientas que son los programas de análisis estadístico en nuestro caso se utilizó el programa paquetería SPSS versión 27, obteniendo datos estadísticos que contribuyan a generar un análisis que correlacione las variables de forma coherente entre las variables estudiadas, que en investigación fueron los casos de depresión y servicios de salud comunitarios disponibles de tipo general y de salud mental.

Las variables se procesaron con la t de student, e índice correlacional de Spearman, y tablas de contingencia mediante análisis de regresión lineal para

obtener la relación entre las variables de estudio, calculando el riesgo (OR) de cada covariable, con las variables de estudio, realizando las conclusiones subsecuentes realizando una revisión con los estudios previos de la bibliografía.

Se realizaron conclusiones que reportan las frecuencias y porcentajes de depresión en cada comunidad, comparando entre ambas comunidades, las frecuencias y porcentajes, de cada variable y covariables en relación con la depresión, posteriormente se presentaron tablas y gráficas, donde se reportó el riesgo de presentar depresión en relación con las mismas variables, desprendidas del instrumento de Beck (BDI-II), enlazando los porcentajes de los diferentes niveles de depresión de acuerdo al instrumento con la variable referente a los servicios de salud y con las covariables que son estado civil, edad, sexo, ocupación, y educación.

3.10 Aspectos bioéticos

Se respetaron los derechos del paciente apegados a las normas internacionales bioéticas que dictan que no deberán realizarse experimentos en situaciones de riesgo de muerte o de daño incapacitante y que el grado de riesgo no debe exceder el grado de importancia del experimento. Destaca la protección del daño, la incapacidad o la muerte; cautela la dirección de los protocolos por científicos experimentados, que el sujeto tenga la libertad para retirarse en el momento que lo desee y, por último, que el investigador debe asumir que en cualquier momento puede terminar su estudio.

En la aplicación de las encuestas en ambas comunidades se solicitó consentimiento verbal informado después de explicar la naturaleza de la investigación y explicarles que todos los datos son confidenciales y solo de uso para la investigación, en el caso de menores de edad se procedió a explicar al menor y al responsable del mismo con la condición de que ambos entendieran lo relativo a la encuesta y aceptaran responderla, proporcionando el resultado a cada uno de los encuestados siempre teniendo en cuenta el respeto a los derechos de los pacientes.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

4.1 Análisis de resultados

La presente investigación investigó las prevalencias de depresión en una comunidad rural del estado de Michoacán y otra urbana de la ciudad de México, utilizando el instrumento de Beck-II (BDI-II) en las comunidades encuestadas, la muestra estudiada estuvo conformada por 267 encuestas (154), de la comunidad urbana y 113 de la comunidad rural, con el objetivo de detectar casos de depresión y observar la disponibilidad de servicios de salud, además explorar su acceso a servicios de salud mental, tomando en cuenta las covariables que se desprenden del instrumento como son estado civil, edad, sexo, ocupación, educación.

La variables depresión y servicios de salud en conjunto con las covariables antes mencionadas se reportaron en frecuencias y porcentajes además de establecer el OR a modo de establecer asociación entre ellas, para poder proporcionar resultados que nos ayude a clarificar la situación en salud mental respecto del rubro de depresión lo cual según las estadísticas mundiales se han visto rebasadas secundario al incremento en sus tasas y su asociación estrecha con la prevaencia de depresión y suicidio.

Los resultados nos conducirán a generar rutas de atención más accesibles y asequibles a los pacientes para poder proporcionar un modelo ideal de un servicio integral de atención en salud mental para la población tanto rural como para la urbana y aumentar los índices de estabilidad emocional de la población que de por sí ya presentaba una carga de enfermedades transmisibles en la actualidad y ahora

se van sumando los años de vida perdidos derivados de la situación en salud mental que va en aumento en todo el país.

Los datos se muestran en tablas de contingencia para facilitar su análisis e interpretación haciendo el cruce de variables que son la depresión en forma cruzada con la disponibilidad de servicios de salud general y salud mental, así como las covariables que se desprenden del instrumento de Beck-II como son; estado civil, edad, sexo, ocupación, y educación.

Variable dependiente:

Depresión: Estado afectivo negativo caracterizado por un estado de ánimo bajo, tristeza, vacío, desesperanza o abatimiento, clave: 6A7Z, MB24.5 (estados de ánimo deprimido) (CIE 11).

Variable independiente:

Acceso al sistema de salud: Servicio médico al que tienen acceso las personas. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad (OPS 2023).

Covariables:

Edad: Periodo de tiempo que transcurre desde el nacimiento, hasta el momento de referencia. Se anotó en años cumplidos al momento de la encuesta, se clasifica

de acuerdo con ENSANUT en grupos de 13 a 19 años, 20 a 59 años y mayor de 60 años.

Sexo: Según la OMS, el "sexo" hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres, mientras que el "género" se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos contruidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres.

Ocupación: Hecho de ocupar u ocuparse, (RAE 2014) El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer. Por ejemplo: «La carpintería es mi ocupación principal, por ejemplo, u ocuparse al hogar en las actividades domesticas como actividad principal.

Nivel educativo: se interroga sobre, si no sabe leer, ni escribir, o si solo sabe leer y escribir, si cuenta con formación básica (nivel primaria y secundaria), bachillerato, licenciatura, posgrado.

Estado civil: se define como la situación legal de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio. Se trata de un atributo de la personalidad que delimita el ámbito de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas, se interroga en sus diferentes modalidades si se es soltero, casado, unión libre, divorciado (separado), viudo.

Servicio médico: se interroga a que servicio médico acude para atención en salud teniendo como opción: servicios de seguridad social como IMSS, ISSSTE, ISEMYM, SEDENA, PEMEX, Servicios de salud pública como Centros de salud, casas de salud, clínicas y hospitales seguro popular. Servicios de salud privados, o ningún servicio médico.

Servicio de salud mental: se interroga si cuenta con servicios de salud mental en la comunidad respondiendo “sí” “no” o “no lo sé”.

De acuerdo con la tabla de depresión en la comunidad urbana se encontró que la depresión mínima se reportó la mayor frecuencia con 94 personas que corresponde a 61.0%, le sigue la depresión leve con 27 personas con 17.5%, la depresión moderada reportó 22 personas con 14.3 %, por último, la depresión grave con 11 personas que equivale a 7.1%, con total 154 participantes 100%.

En la población rural la depresión mínima se encontró con la mayor frecuencia con 78 personas que corresponde a 69.0%, le sigue la depresión leve con 17 personas con 15.0%, la depresión moderada reportó 12 personas con 10.6 %, por último la depresión grave con 6 personas que equivale a 5.3%, con total 113 participantes 100%. (ver tabla 2).

Tabla 2: Depresión según tipo de población urbana y rural, frecuencia y porcentaje

	Población Urbana		Población Rural	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mínima	94	61.0%	78	69.0%
Depresión leve	27	17.5%	17	15.0%
Depresión moderada	22	14.3%	12	10.6%

Depresión grave	11	7.1%	6	5.3%
Total	154	100%	113	100%

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

De acuerdo con la tabla sobre servicio médico disponible, en la población urbana la mayor concurrencia la hacen los usuarios a, los servicios públicos, con 61 personas que corresponden al 39.6 %, le sigue en orden de frecuencia los servicios privados con 53 usuarios (34.4%), en tercer lugar acuden a los servicios de seguridad social con 36 usuarios, que corresponden al 23.4%, y solo 4 personas respondieron no contar con ningún servicio médico que corresponde al 2.6%.

La población rural de acuerdo a la tabla y grafica de servicio médico disponible reportó que, 66 personas no cuentan con ningún servicio médico, que corresponde a 58.4%, le sigue en orden de frecuencia los servicios públicos con 33 usuarios (29.2%), en tercer lugar, acuden a los servicios de salud privados con 8 usuarios, que corresponden al 7,1%, y solo 6 personas respondieron acudir a servicios de seguridad social que corresponde al 5.3%, (ver Tabla 3).

TABLA 3: Servicio médico, según población urbana y rural, frecuencia y porcentaje.

	Población Urbana		Población Rural	
Servicio médico	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SEGURIDAD SOCIAL	36	23.4%	6	5.3%
SERV PUBLICOS	61	39.6%	33	29.20%
PRIVADO	53	34.4%	8	7.1%
NINGUNO	4	2.6%	66	58.4%
Total	154	100%	113	100%

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

Por servicio médico en la población urbana, 36 personas cuentan con seguridad social, servicios públicos 61 personas, 53 personas cuentan con servicio médicos privados, y 4 no cuentan con ningún servicio médico.

En la Tabla de depresión y servicio médico según población urbana, total y OR reportó, que en depresión mínima las personas que tienen seguridad social fueron 19 con un 12.3% y OR de 0.64, con servicios públicos fueron 43 personas con un 27.9% y OR de 1.96, los que tienen servicios privados fueron 28 con un 18.2% y OR 0.59, y 4 no cuentan con ningún servicio médico con un 2.6% y OR de 0, siendo un total de 94 personas con depresión mínima.

En la Tabla depresión y servicio médico según población urbana, total y OR resulta que en depresión leve las personas que tienen seguridad social fueron 4 con un 2.6% y OR de 0.51, con servicios públicos fueron 13 personas con un 8.4% y OR de 1.52, los que tienen servicios privados fueron 10 con un 6.5% y OR 1.14, y 0 no cuentan con ningún servicio médico con un OR de 0, siendo un total de 27 personas con depresión leve.

La población que reportó depresión moderada, las que cuentan con seguridad social fueron 5 con un 3.2% y OR de 0.95, con servicios públicos fueron 5 personas con un 3.2% y OR de 0.39, los que tienen servicios privados fueron 12 con un 7.8% y OR 2.66, y 0 no cuentan con ningún servicio médico con un OR de 0, siendo un total de 11 personas con depresión moderada.

En la tabla, depresión y servicio médico según población urbana, total y OR resulta que en depresión grave las personas que tienen seguridad social fueron 8 con un 5.2% y OR de 10.9, con servicios públicos fueron 0 personas, los que tienen servicios privados fueron 3 con un 1.9% y OR 0.69, y 0 no cuentan con ningún servicio médico con un OR de 0, siendo un total de 4 personas con depresión grave., (ver Tabla 4).

Tabla 4: Depresión y servicio médico según población urbana, total y (OR).

Depresión	Seguridad social	Servicios públicos	Servicios privados	Ninguno	Total
Mínima	19 (0.64)	43 (1.96)	28 (0.59)	4(0)	94
Leve	4 (0.51)	13 (1.52)	10 (1.14)	0(0)	27
Moderada	5 (0.95)	5 (0.39)	12(2.66)	0(0)	22

Grave	8 (10.9)	0 (0)	3 (0.69)	0(0)	11
TOTAL	36	61	53	4	154

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacán, e Iztapalapa, CDMX 2023.

En la tabla sobre servicio médico disponible, 6 personas cuentan con seguridad social, servicios públicos 33 personas, 8 personas cuentan con servicio médicos privados, y 66 no cuentan con ningún servicio médico, con un total de 113 personas

En la tabla depresión y servicio médico según población rural, total y OR resulta que en depresión mínima las personas que tienen seguridad social fueron 2 con un 1.8% y OR de 0.2, con servicios públicos fueron 25 personas con un 22.1% y OR de 1.59, los que tienen servicios privados fueron 6 con un 5.3% y OR 1.37, y 45 no cuentan con ningún servicio médico con un 39.8% y OR de 0.9, siendo un total de 78 personas con depresión mínima.

En la tabla de depresión y servicio médico según población rural, total y OR resulta que en depresión leve las personas que tienen seguridad social fueron 2 con un 1.8% y OR de 3.0, con servicios públicos fueron 4 personas con un 3.5% y OR de 0.7, los que tienen servicios privados fueron 0 con un OR 0.0, y 11 no cuentan con ningún servicio médico con un 9.7% y OR de 1.31, siendo un total de 17 personas con depresión leve.

En la tabla depresión y servicio médico según población rural, total y OR resulta que en depresión moderada las personas que tienen seguridad social fueron 0 con un OR de 0.0, con servicios públicos fueron 2 personas con un 1.8% y OR de 0.45, los que tienen servicios privados fueron 1 con un 0.9% y OR 1.22, y 9 no cuentan

con ningún servicio médico con un 8% y OR de 2.3, siendo un total de 12 personas con depresión moderada.

Con depresión grave las personas que tienen seguridad social fueron 2 con un 1.8% OR de 12.8, con servicios públicos fueron 2 personas con un 1.8% y OR de 1.22, los que tienen servicios privados fueron 1 con un 0.9% y OR 2.85, y 1 no cuentan con ningún servicio médico con un .9% y OR de 0.12, siendo un total de 6 personas con depresión grave, (ver tabla 5).

Tabla 5: Depresión y servicio médico en población rural, total y (OR).

DEPRESION	SEGURIDAD SOCIAL		SERVICIOS PUBLICOS		PRIVADO	NINGUNO		TOTAL
Mínima	2	(0.2)	25	(1.59)	6	(1.37)	45 (0.9)	78
Leve	2	(3.0	4	(0.7)	0	(0)	11 (1.31)	17
Moderada	0	(0)	2	(0.45)	1	(1.22)	9 (2.3)	12
Grave	2	(12.8)	2	(1.22)	1	(2.85)	1 (0.12)	6
TOTAL	6		33		8		66	113

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacán, e Iztapalapa, CDMX 2023.

De acuerdo con la tabla referente a los servicios de salud mental en tu comunidad en la población urbana 81 personas “ refirieron no lo sé”, que corresponde a 52.6%, 46 respondieron “sí” con 29.9% y 27 respondieron que no con 17.5%.

De acuerdo con la tabla de si existe servicios de salud mental en tu comunidad en la población rural 81 personas “refirieron no” que corresponde a 71.7%, 29 respondieron “no lo sé” con 25.7% y 3 respondieron que si con 2.7%, (ver Tabla 6).

TABLA 6: Servicio de salud mental en tu comunidad, y tipo de población urbana y rural, frecuencia y porcentaje.

Servicio de salud mental en tu comunidad	Población urbana		Población rural	
	Frecuencia/porcentaje		Frecuencia/porcentaje	
Si	46	(29.9%)	13	(2.7%)
No	27	(17.5%)	81	(71.7%)
No lo se	81	(52.6%)	29	(25.7%)
Total	154	(100%)	113	(100%)

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio, Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

De la tabla referente a depresión y servicio de salud mental en tu comunidad, en población rural total y OR se reporta que hay 3 personas que refieren que, si hay servicio de salud mental en su comunidad, de las cuales, 1 persona con depresión mínima con 0.9% y OR de 0.21, 2 con depresión leve con 1.8% y 12.6 de OR, 0 personas con depresión moderada y grave con OR 0.

De la tabla depresión y servicio de salud mental en tu comunidad, en población rural total y OR se reporta que hay 78 personas que refieren que no hay servicio de salud mental en su comunidad, de las cuales, 59 persona con depresión mínima con 52.2% y OR de 2.61, 11 con depresión leve con 9.7% y 0.79 de OR, 8 personas con depresión moderada con 7.1% y OR de 0.88 y 3 personas con depresión grave con 2.7% y OR 0.

De la tabla depresión y servicio de salud mental en tu comunidad, en población rural total y OR se reporta que hay 32 personas que refieren que no saben si hay servicio de salud mental en su comunidad, de las cuales, 18 personas con depresión mínima con 15.9% y OR de 0.45, 4 con depresión leve con 3.5% y 0.74 de OR, 4 personas con depresión moderada con 3.5% y OR de 1.30 y 3 personas con depresión grave con 2.7% y OR 0, (ver Tabla7)

Tabla 7: Depresión y servicio de salud mental disponible en población rural, total y (OR).

Servicio de salud mental.	Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	Total
SI	1 (0.21)	2 (12.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	3
NO	59 (2.61)	11 (0.79)	8 (0.88)	3 (0.0)	6
NO LO SE	18 (0.45)	4 (0.74)	4 (1.30)	3 (0.0)	93
TOTAL	78	17	12	6	113

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio, Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023

De la tabla de depresión y servicio de salud mental en tu comunidad, en población urbana total y OR se reporta que hay 46 personas que refieren que, si hay servicio de salud mental en su comunidad, de las cuales, 36 persona que refiere que si hay servicio de salud mental en su comunidad con depresión mínima con 23.4% y OR de 3.10, 5 con depresión leve con 3.2% y 1.47 de OR, 4 personas con depresión moderada con un 2.6% y OR de 0.47 y 1 persona con depresión grave con 0.6% y OR 0.20.

De la tabla y grafica de depresión y servicio de salud mental en tu comunidad, en población rural total y OR se reporta que hay 27 personas que refieren que no hay servicio de salud mental en su comunidad, de las cuales, 16 persona que refiere que si hay servicio de salud mental en su comunidad con depresión mínima con 10.4% y OR de 0.95, 6 con depresión leve con 3.9% y 1.44 de OR, 2 personas con depresión moderada con 1.3% y OR de 0.42 y 3 personas con depresión grave con 1.9% y OR 1.85.

De la tabla y grafica de depresión y servicio de salud mental en tu comunidad, en población rural total y OR se reporta que hay 81 personas que refieren que no saben si hay servicio de salud mental en su comunidad, de las cuales, 42 con depresión mínima con 27.3% y OR de 0.04, 16 con depresión leve con 10.4% y 1.11 de OR, 16 personas con depresión moderada con 10.4% y OR de 2.74 y 7 personas con depresión grave con 4.5% y OR 1.67, (ver tabla 8).

Tabla 8: Depresión y servicio de salud mental disponible en población urbana total y (OR).

Servicio de salud mental.	Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	TOTAL
SI	36 (3.10)	5 (1.47)	4 (0.47)	1 (0.20)	46
NO	16 (0.95)	6 (1.44)	2 (0.42)	3 (1.85)	27
NO LO SE	42 (0.04)	16 (1.11)	16 (2.74)	7 (1.67)	81
TOTAL	94	27	22	11	154

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio, Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

De acuerdo con la encuesta en la población rural, la depresión mínima es mayor en el grupo de 20 a 59 años con un 45.13% le sigue el grupo de más de 60 años con un 18.58% y por último el grupo de 13 a 19 años con un 5.30%.

La depresión leve es mayor en el grupo de 20 a 59 años con un 8.84% le sigue el grupo de 13 a 19 años con un 3.53% y el grupo de más de 60 años con: 2.65%.

La depresión moderada es mayor en el grupo de 20 a 59 años con un 8.84% y el grupo de 13 a 19 años al igual que el mayor de 60 años reportan .88%

La depresión grave es mayor en el grupo de 20 a 59 años con un 3.53% le siguen el grupo de 13 a 19 años con un uno 1.76%, el grupo de 60 años no reportó depresión grave, (ver tabla 9).

Tabla 9: Grupo de edad y grado de depresión en población rural.

	13 a 19 años	20 a 59 años	Más de 60 años total	
Depresión	5.35%	45.13%	18.58%	69.1%
mínima				
Depresión	3.53%	8.84%	2.65%	15.0%
leve				
Depresión	0.88%	8.84%	0.88%	10.6%
moderada				
Depresión	1.76%	3.53%	0%	5.3%
grave				
Total	11.47%	66.34%	22.1%	100%

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

En esta investigación se reportó que en el grupo urbano, la depresión mínima es mayor en el grupo de 20 a 59 años con un 46.75% le sigue el grupo de más de 13-19 años con un 13.63% y por último el grupo de más de 60 años con un 0.64%.

La depresión leve es mayor en el grupo de 20 a 59 años con un 12.33% le sigue el grupo de 13 a 19 años con un 4.54% y el grupo de más de 60 años con: 0.64%.

La depresión moderada es mayor en el grupo de 20 a 59 años con un 10.38% y el grupo de 13 a 19 años con 3.89%, el mayor de 60 años reportó 0%.

La depresión grave es mayor en el grupo de 20 a 59 años con un 5.84% le siguen el grupo de 13 a 19 años con un 1.29%, el grupo de 60 años no reportó depresión grave, (ver Tabla 10)

Tabla 10: Grupo de edad y grado de depresión en población urbana.

	13 a 19 años	20 a 59 años	Más de 60 años total	
Depresión	13.63%	46.75%	0.64%	61.02%
mínima				
Depresión	4.54%	12.33%	0.64%	17.51%
leve				
Depresión	3.89%	10.38%	0.0%	14.27%
moderada				
Depresión	1.29%	5.84%	0.0%	7.17%
grave				
Total	23.35%	75.3%	1.28%	100%

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

La distribución según sexo en la población urbana fue de 20 personas del sexo masculino que corresponde al 13%, y de 134 personas del sexo femenino que corresponde al 87%, ambos forman el total de 154 personas que conforman el 100% de la muestra urbana. La distribución según sexo en la población rural fue de 21 personas del sexo masculino que corresponde al 18.4%, y de 92 personas del sexo femenino que corresponde al 81.4%, ambos forman el total de 113 personas que conforman el 100% de la muestra urbana. (ver Tabla 11).

Tabla 11: Población según sexo, frecuencia y porcentaje en población urbana y rural.

Sexo	Población urbana		Población rural	
	Frecuencia/porcentaje		Frecuencia/porcentaje	
HOMBRE	20	(13%)	21	(18.6%)
MUJER	134	(87%)	92	(81.4%)
TOTAL	154	(100%)	113	(100%)

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacan, e Iztapalapa CDMX 2023.

En la tabla depresión según sexo en población rural, total y (OR), se reporta que 78 personas presentan depresión mínima, 17 personas con depresión leve, 12 personas con depresión moderada, 6 personas con depresión grave, con un total de 113 personas. De los cuales 21 personas fueron hombres y 92 personas fueron mujeres.

De acuerdo con el sexo y depresión se reporta que hay 17 hombres con depresión mínima con un 81% y OR de 2.1, 4 presentan depresión leve con un 19% y OR de 1.4, 0 con depresión moderada con un OR de 0.0, y 0 personas con depresión grave con un OR de 0.0.

De acuerdo al sexo y depresión en población rural, se reporta que hay 61 mujeres con depresión mínima con un 66.3% y OR de 0.4, 13 presentan depresión leve con un 14.1% y OR de 0.6, 12 con depresión moderada con un 13% OR de 0.0, y 6 personas con depresión grave con un 6.5% y OR de 0, (ver Tabla 12).

TABLA 12: Depresión según sexo en población rural, total y (OR).

SEXO	DEPRESION MINIMA		DEPRESION LEVE		DEPRESION MODERADA		DEPRESION GRAVE		TOTAL
HOMBRE	17	(2.1)	4	(1.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	21
MUJER	61	(0.4)	13	(0.6)	12	(0.0)	6	(0.0)	92
TOTAL	78		17		12		6		113

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacan, e Iztapalapa CDMX 2023.

En la tabla depresión según sexo en población urbana, total y (OR), se reporta que 94 personas presentan depresión mínima, 27 personas con depresión leve, 22 personas con depresión moderada, 11 personas con depresión grave, con un total de 154 personas. De los cuales 20 personas fueron hombres y 134 personas fueron mujeres.

De acuerdo con el sexo y depresión se reporta que hay 14 hombres con depresión mínima con un 70% y OR de 1.57, 2 presentan depresión leve con un 10% OR de 0.4, 2 con depresión moderada con un OR de 10% y 0.6, y 2 personas con depresión grave con un 10% y OR de 1.54.

De acuerdo con el sexo y depresión se reporta que hay 80 mujeres con depresión mínima con un 59.7% OR de 0.6, 25 presentan depresión leve con un 18.7% y OR de 2.0, 20 con depresión moderada con un 14.9% y OR de 1.57, y 9 personas con depresión grave con un 6.75% y OR de 0.6. (Ver Tabla 13)

TABLA 13: Depresión según sexo en población urbana, total y (OR).

SEXO	DEPRESION MINIMA	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION GRAVE	TOTAL
HOMBRE	14 (1.57)	2 (0.4)	2 (0.6)	2 (1.54)	20
MUJER	80 (0.6)	25 (2.0)	20 (1.57)	9 (0.6)	134
TOTAL	94	27	22	11	154

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacan, e Iztapalapa CDMX 2023.

De acuerdo a la tabla de estado civil la población urbana reportó el mayor porcentaje fue de estado civil soltero con 84 personas con 54.5%, le sigue el estado civil de casado con 36 personas que equivale a 23.4%, le sigue el de unión libre con 28 personas que equivale a 18.2%, en cuarto lugar se encuentra el estado civil de divorciado con 4 personas que equivale al 2.6 %, y por último el estado de viudez con 2 personas con 1.3%.

De acuerdo con la tabla de estado civil la población rural reportó el mayor porcentaje fue de estado civil casado con 51 personas con 45.1%, le sigue el estado civil de unión libre con 31 personas que equivale a 27.4%, le sigue el de soltero con 22 personas que equivale a 19.5%, en cuarto lugar se encuentra el estado civil de viudez con 8 personas que equivale al 7.1 %, y por último el estado de divorciado con 1 personas con .9%, (Ver Tabla 14).

Tabla 14: Estado civil según población urbana y rural, frecuencia y porcentaje.

Estado Civil	POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN RURAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
CASADO	36	23.4%	51	45.1%
SOLTERO	84	54.5%	22	19.5%
UNION LIBRE	28	18.2%	31	27.4%
DIVORCIADO	4	2.6%	1	0.9%

VIUDEZ	2	1.3%	8	7.1%
Total	154	100.0%	113	100%

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

De la tabla depresión y estado civil en población rural total y OR se reporta que, hay 51 personas con estado civil casado, 22 solteros, 31 en unión libre, 1 divorciado, 8 en estado civil de viudez, con un total de 113, de los cuales 78 presentan depresión mínima, 17 con leve, 12 moderada, 6 con la forma de depresión grave.

Según el estado civil y depresión se reporta que: del estado civil casado con depresión mínima hay 35 personas con un 31% y OR de 0.90, 8 con depresión leve con un 7.1% OR de 1.09, 6 con depresión moderada con un 5.3% y OR de 1.2 y 2 personas con depresión grave con un 1.8% y OR de 0.5.

De acuerdo con estado civil y depresión se reporta que: del estado civil soltero con depresión mínima hay 13 personas con un 11.5% y OR de 0.57, 4 con depresión leve con un 3.5% y OR de 1.3, 1 con depresión moderada con un 0.9% y OR de 0.1 y 4 personas con depresión grave con un 3.5% y OR de 9.8.

De acuerdo con estado civil y depresión se reporta que: del estado civil unión libre con depresión mínima hay 22 personas con un 19.5% y OR de 1.13, 5 con

depresión leve con un 4.4% y OR de 1.12, 4 con depresión moderada con un 3.5% y OR de 1.3 y 0 personas con depresión grave con un OR de 0.0.

De acuerdo con estado civil y depresión se reporta que: del estado civil divorciado con depresión mínima hay 1 personas con un 0.9% y OR de 0.0, 0 con depresión leve con un OR de 0.0, 0 con depresión moderada con un OR de 0.0 y 0 personas con depresión grave con un OR de 0.

De acuerdo con estado civil y depresión se reporta que: del estado civil viudez con depresión mínima hay 7 personas con un 6.2% y OR de 3.3, 0 con depresión leve con un OR de 0.0, 1 con depresión moderada con un 0.9% y OR de 1.2 y 0 personas con depresión grave con un OR de 0.0, (ver Tabla 15).

Tabla 15: Depresión y estado civil en población rural, total y (OR).

ESTADO	DEPRESIÓN				
CIVIL	MINIMA	LEVE	MODERADA	GRAVE	TOTAL
CASADO	35 (0.90)	8 (1.09)	6 (1.2)	2 (0.5)	51
SOLTERO	13 (0.57)	4 (1.3)	1 (0.1)	4 (9.8)	22
U. LIBRE	22 (1.13)	5 (1.12)	4 (1.3)	0 (0.0)	31

DIVORCIADO	1 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1
VIUDEZ	7 (3.3)	0 (0.0)	1 (1.2)	0 (0.0)	8
TOTAL	78	17	12	6	113

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

De la tabla depresión y estado civil en población urbana total y OR se reporta que hay 36 personas con estado civil casado, 84 solteros, 28 en unión libre, 4 divorciado, 2 en estado civil de viudez, con un total de 154, de los cuales 94 presentan depresión mínima, 27 depresión leve, 22 depresión moderada, 11 depresión grave.

De acuerdo con estado civil y depresión se reporta que: del estado civil casado con depresión mínima hay 28 personas con un 18.2% y OR de 2.7, 5 con depresión leve con un 3.2% y OR de 0.0, 2 con depresión moderada con un 1.3% OR de 0.2 y 1 personas con depresión grave con un 0.6% y OR de 0.3.

De acuerdo con estado civil y depresión se reporta que: del estado civil soltero con depresión mínima hay 41 personas con un 26.6% y OR de 0.3, 15 con depresión leve con un 9.7% y OR de 1.05, 18 con depresión moderada con un 11.7% y OR de 4.5 y 10 personas con depresión grave con un 6.5% y OR de 9.3.

De acuerdo con estado civil y depresión se reporta que: del estado civil unión libre con depresión mínima hay 22 personas con un 14.3% y OR de 0.2, 5 con depresión leve con un 3.2% y OR de 1.02, 1 con depresión moderada con un 0.6% y OR de 0.18 y 0 personas con depresión grave con un OR de 0.0.

De acuerdo con estado civil y depresión se reporta que: del estado civil divorciado con depresión mínima hay 2 personas con un 1.3% y OR de 0.63, 1 con depresión leve con un OR de 0.6%, 1 con depresión moderada con un 0.6% y OR de 2.04 y 0 personas con depresión grave con un OR de 0.0.

De acuerdo con estado civil y depresión se reporta que: del estado civil viudez con depresión mínima hay 1 personas con un 0.6% OR de 0.63, 1 con depresión leve con un 0.6% y OR de 4.8, 0 con depresión moderada con un OR de 0.0 y 0 personas con depresión grave con un OR de 0.0.(ver Tabla 16).

Tabla 16: Depresión y estado civil en población urbana, total y (OR).

DEPRESION	MINIMA	LEVE	MODERADA	GRAVE	TOTAL
EDO.CIVIL					
CASADO	28 (2.7)	5 (0.05)	2 (0.2)	1 (0.3)	36
SOLTERO	41 (0.3)	15 (1.05)	18 (4.5)	10 (9.3)	84
U.LIBRE	22 (0.2)	5 (1.02)	1 (0.18)	0 (0.0)	28
DIVORCIADO	2 (0.63)	1 (1.58)	1 (2.04)	0 (0.0)	4
VIUDEZ	1 (0.63)	1 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	2
TOTAL	94	27	22	11	154

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

De acuerdo con la encuesta realizada se obtuvo que en la población urbana refiere que la principal ocupación es ser estudiante con 60 personas (39%), le sigue

la ocupación del Hogar con 56 personas (36.4%) en tercer lugar la ocupación de empleado con 38 participantes (24.7%), y el estado de desocupado con 0 personas.

De acuerdo a la encuesta realizada se obtuvo que en la población rural refiere que la principal ocupación es dedicarse al hogar con 83 personas (73.5%), le sigue la ocupación de estudiante con 22 personas (19.5%) en tercer lugar la ocupación de estudiante con 7 participantes (6.2%), y el estado de desocupado con 1 persona que equivale al .9%, (ver Tabla 17)

Tabla 17: Depresión según ocupación principal, en población urbana y rural, frecuencia y porcentaje.

Ocupación principal.	Población urbana		Población rural	
	Frecuencia/porcentaje		Frecuencia/porcentaje	
Hogar	56	(36.4%)	83	(73.5%)
Empleado	38	(24.7%)	22	(19.5%)
Estudiante	60	(39%)	7	(6.2%)
Desocupado	0	(0.0%)	1	(0.9%)
Total	154	(100%)	113	(100%)

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

De la tabla de depresión y ocupación en población rural total y OR se reporta que hay 83 personas con ocupación al hogar, 22 empleados, 1 desocupado, 7 estudiantes, con un total de 113, de los cuales 78 presentan depresión mínima, 17 depresión leve, 12 depresión moderada, 6 depresión grave.

De acuerdo con ocupación y depresión se reporta que: de ocupación al hogar hay con depresión mínima hay 58 personas con un 51.3% y OR de 1.16, 12 con depresión leve con un 10.6% y OR de 0.84, 9 con depresión moderada con un 8% y OR de 1.09 y 4 personas con depresión grave con un 3.5% y OR de 0.70.

De acuerdo con estado civil y depresión se reporta que: ocupación de empleado con depresión mínima hay 17 personas con un 15% y OR de 1.67, 3 con depresión leve con un 2.7% OR de 0.86, 2 con depresión moderada con un 1.8% y OR de 0.81 y 0 personas con depresión grave con un OR de 0.0.

De acuerdo con ocupación y depresión se reporta que: desocupado con depresión mínima hay 1 personas con un 0.9% y OR de 0.0, 0 con depresión leve, moderada y grave con un OR de 0.

Fraseo y De acuerdo con ocupación y depresión se reporta que: estudiante con depresión mínima hay 2 personas con un 1.8% y OR de 0.15, 2 con depresión leve con un 1.8% y OR de 2.42, 1 con depresión moderada con un 0.9% y OR de 1.43 y 2 personas con depresión grave con un 1.8% y OR de 10.2, (ver Tabla 18).

Tabla 18: Depresión según ocupación en población rural, total y (OR).

OCUPACION	DEPRESION MINIMA	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION GRAVE	TOTAL

HOGAR	58 (1.16)	12 (0.84)	9 (1.09)	4 (0.70)	83
EMPLEADO	17 (1.67)	3 (0.86)	2 (0.81)	0 (0.0)	22
DESOCUPADO	1 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1
ESTUDIANTE	2 (0.15)	2 (2.42)	1 (1.43)	2 (10.2)	7
TOTAL	78	17	12	6	113

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacán, e Iztapalapa, CDMX 2023.

De acuerdo con la tabla Depresión y Ocupación en población urbana total y OR se reporta que hay 56 personas con ocupación al hogar, 38 empleados, 0 desocupado, 0 estudiantes, con un total de 154, de los cuales 94 presentan depresión mínima, 27 depresión leve, 22 depresión moderada, 11 depresión grave.

De acuerdo con ocupación y depresión se reporta que: de ocupación al hogar hay con depresión mínima hay 43 personas con un 27.9%OR de 3.04, 11 con depresión leve con un 7.1% y OR de 1.27, 2 con depresión moderada con un 1.3% y OR de 0.14 y 0 personas con depresión grave con un 0% y OR de 0.0.

De acuerdo con ocupación y depresión se reporta que: ocupación de empleado con depresión mínima hay 22 personas con un 14.3% y OR de 0.8, 8 con depresión leve con un 5.2% y OR de 1.36, 6 con depresión moderada con un 3.9% y OR de 1.17 y 2 personas con depresión grave con un 1.3% OR de 0.66.

De acuerdo con ocupación y depresión se reporta que: estudiante con depresión mínima hay 29 personas con un OR de 0.41, 8 con depresión leve con un OR de

0.60, 14 con depresión moderada con un OR de 3.27 y 9 personas con depresión grave con un OR de 8.11.

En el concepto de desocupado no se reportaron personas sin ocupación, se reporta en cero en depresión mínima, moderada y grave. (ver Tabla 19).

Tabla 19: Depresión según ocupación en población urbana, total y (OR).

OCUPACION	DEPRESION				TOTAL
	MINIMA	LEVE	MODERADA	GRAVE	
HOGAR	43 (3.04)	11 (1.27)	2 (0.14)	0 (0.0)	56
EMPLEADO	22 (0.8)	8 (1.36)	6 (1.17)	2 (0.66)	38
DESOCUPADO	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
ESTUDIANTE	29 (0.41)	8 (0.60)	14 (3.27)	9 (8.11)	60
TOTAL	94	27	22	11	154

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

De acuerdo con la tabla de personas según grado de estudios en la comunidad urbana, el mayor porcentaje fue el grado de estudios superiores con 68 personas (44.2 %) del total de la población urbana, le sigue la educación básica con 58 personas (37.7%), en tercer lugar, se encuentran los que refieren haber cursado la educación media superior con 27 personas (17.5%), con educación de posgrado 1 persona (.6%). El rubro de no sabe leer ni escribir y solo sabe leer y escribir reporta cero personas.

De acuerdo a la tabla de personas según grado de estudios en la comunidad rural, el mayor porcentaje fue el grado de educación básica con 93 personas (82.3 %) del total de la población urbana, le sigue la educación media superior con 11 personas (9.7%), en tercer lugar se encuentran los que refieren saber leer y escribir con 6 personas (5.3%), 3 personas refirieron que no saber leer ni escribir (2.7%) con educación superior y posgrado se reportó 0 personas, (ver Tabla 19).

Tabla 20: Población urbana y rural según educación, frecuencia y porcentaje.

Educación.	Población urbana		Población rural	
	Frecuencia/porcentaje		Frecuencia/porcentaje	
No sabe leer ni escribir	0	(0.0%)	3	(2.7%)
Sabe leer y escribir	0	(0.0%)	6	(5.3%)
Básica	58	(37.7%)	93	(82.3%)
Media superior	27	(17.5%)	11	(9.7%)
Superior	68	(44.2%)	0	(0.0%)
Posgrado	1	(.6%)	0	(0.0%)
	154	(100%)	113	(100%)

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

De la tabla de Depresión y Educación en población urbana total y OR se reporta que hay 0 personas que no sabe leer ni escribir, 0 personas que solo sabe leer y escribir, 58 personas que cuentan con educación básica, 27 con educación media superior, 68 con educación superior y 1 con educación posgrado con un total de 154 personas, de los cuales 94 presentan depresión mínima, 27 depresión leve, 22 depresión moderada, 11 depresión grave.

En el rubro de; no sabe leer ni escribir y solo sabe leer y escribir no se reportaron encuestados en este campo se reporta con cero.

De acuerdo con educación y depresión se reporta que: los que cuentan con educación básica hay con depresión mínima hay 39 personas con un 25.3% y OR de 1.53, 12 con depresión leve con un 7.8% y OR de 1.40, 6 con depresión moderada con un 3.9% y OR de 0.57 y 1 personas con depresión grave con un 0.6% y OR de 0.15.

De acuerdo con educación y depresión se reporta que: los que cuentan con educación media superior hay con depresión mínima hay 17 personas con un 11% y OR de 1.10, 8 con depresión leve con un 5.2% y OR de 2.39, 1 con depresión moderada con un 0.6% y OR de 0.19 y 1 personas con depresión grave con un 0.6% OR de 0.45.

De acuerdo con educación y depresión se reporta que: los que cuentan con educación superior hay con depresión mínima hay 37 personas con un 24% OR de 0.60, 7 con depresión leve con un 4.5% OR de 0.37, 15 con depresión moderada con un 9.7% y OR de 3.19 y 9 personas con depresión grave con un 5.8% y OR de 6.40.

De acuerdo con educación y depresión se reporta que: los que cuentan con educación posgrado hay con depresión mínima hay 1 personas con un 0.6% y OR de 0.0, 0 con depresión leve, moderada y severa con un porcentaje y OR de 0, (ver Tabla 21).

Tabla 21: Depresión según educación en población urbana total y (OR).

EDUCACIÓN		DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	TOTAL
		MÍNIMA	LEVE	MODERADA	GRAVE	
NO	SABE	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
LEER	NI					
ESCRIBIR						
SABE LEER Y	0	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
ESCRIBIR						
BÁSICA		39 (1.53)	12 (1.40)	6 (0.57)	1 (0.15)	58
MEDIA		17 (1.10)	8 (2.39)	1 (0.19)	1 (0.45)	27
SUPERIOR						
SUPERIOR		37 (0.60)	7 (0.37)	15 (3.19)	9 (6.40)	68
POSGRADO		1 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1
TOTAL		94	27	22	11	154

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio, Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

De la tabla de Depresión y Educación en población rural total y OR se reporta que hay 3 personas que no sabe leer ni escribir, 6 personas que solo sabe leer y escribir, 93 personas que cuentan con educación básica, 11 con educación media superior, 0 con educación superior y 0 con educación posgrado con un total de 113 personas, de los cuales 78 presentan depresión mínima, 17 depresión leve, 12 depresión moderada, 6 depresión grave.

De acuerdo con educación y depresión se reporta que: no sabe leer ni escribir hay con depresión mínima hay 3 personas con un 2.7% y OR de 0.0, con depresión leve con un OR de 0.0, 0 con depresión moderada con un OR de 0.0 y 0 personas con depresión grave con un OR de 0.0.

De acuerdo con educación y depresión se reporta que: solo sabe leer y escribir hay con depresión mínima hay 6 personas con un 5.3% y OR de 0.0, 0 con depresión leve con un OR de 0.0, 0 con depresión moderada con un OR de 0.0 y 0 personas con depresión grave con un OR de 0.0.

De acuerdo con educación y depresión se reporta que: con educación básica con depresión mínima hay 61 personas con un 54% y OR de 0.78, 15 con depresión leve con un 13.3% y OR de 1.73, 11 con depresión moderada con un 9.7% y OR de 2.54 y 6 personas con depresión grave con un 5.3 % y OR de 0.0.

De acuerdo con educación y depresión se reporta que: los que cuentan con educación media superior hay con depresión mínima hay 8 personas con un 7.1% y OR de 1.22, 2 con depresión leve con un 1.8% y OR de 1.28, 1 con depresión moderada con un 0.9% y OR de 0.82 y 0 personas con depresión grave con un OR de 0.0.

De acuerdo con educación y depresión no se reporta encuestados, que cuenten con educación superior ni posgrado, se reporta porcentaje y OR cero, (ver tabla 22).

Tabla 22: Depresión según educación en población rural total y (OR).

EDUCACIÓN		DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	TOTAL
		MÍNIMA	LEVE	MODERADA	GRAVE	
NO	SABE3	(0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3
LEER	NI					
ESCRIBIR						
SABE	LEER6	(0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6
Y ESCRIBIR						
BASICA		61 (0.78)	15 (1.73)	11 (2.54)	6 (0.0)	93
MEDIA		8 (1.22)	2 (1.28)	1 (0.82)	0 (0.0)	11
SUPERIOR						
SUPÉRIOR		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
TOTAL		78	17	12	6	113

Fuente: Encuesta detección de depresión en Cuangatzio, Michoacán, e Iztapalapa CDMX 2023.

4.2.- Discusión.

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la presencia de estados de depresión en una comunidad rural y otra urbana, además de conocer como es el acceso al sistema de salud para estas poblaciones, lo cual es de vital importancia, pues la OMS (2021) refiere a la depresión como problema de salud pública, debido a su alta prevalencia alrededor del mundo, y en todos los estados de nuestro país, esto asociado a causas multifactoriales, con un alto impacto económico por discapacidad, y su alta asociación al aumento en la tasa de suicidios en grupos jóvenes (INEGI 2023).

El acceso a los servicios de salud es un objetivo de las estrategias del plan nacional de salud de México (SEGOB 2022), atender los problemas del área mental tienen prioridad en el plan de acción específico en salud mental, la detección oportuna, tratamiento adecuado, seguimiento de casos detectados depende en gran medida de la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud, que provean de servicios de salud mental integrales, profesionalizados (OPS 2024), y que sean accesibles y asequibles para la población (SEGOB 2019).

En respuesta al objetivo general, en esta investigación se observó que la depresión está presente en los entornos rurales y urbanos a pesar de sus diferencias en relación a la disponibilidad de bienes y servicios, esta , Morales Chaine, et al. 2021) en las que se elevó exponencialmente la depresión y otros desordenes de salud mental.

La investigación reportó que las comunidades estudiadas presentaron prevalencias mayores al 30% de depresión, las cuales superan a la media nacional que de acuerdo con ENBIARE 2021 es de 19.5%, y entre ellas los casos de depresión tuvieron una mayor frecuencia en la comunidad urbana

La comunidad urbana presentó depresión en un 39% de la muestra de 154 personas encuestadas, en la comunidad rural se reportó un 31% de los encuestados donde la muestra fue de 113 personas, estos resultados son mayores a lo reportado en otras investigaciones como la de Cerecedo García D. et al, (2020), en su revisión bibliográfica documentó la prevalencia de trastornos mentales que padece la población entre 2001 y 2022, de un 9.2% de la población con trastorno depresivo en la vida y 4.8% en los doce meses previos.

La investigación reveló cifras de depresión mayores 38.9% en población urbana y 30.9% reportan 16.7% (Vázquez-Salas, A. et al. 2023), con depresión grave de 7.1% para la población urbana y 5.3% para la población rural. Se reportó en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), otro estudio realizado en 2002-2003, que mostró una prevalencia de depresión de 4.5% (5.8% en mujeres y 2.5% en hombres), que ya mencionaba mayor riesgo de depresión en poblaciones urbanas lo cual coincide con nuestra investigación que también presentó mayor frecuencia y riesgo de depresión en la comunidad urbana.

En nuestra investigación se encontró que, la depresión tuvo mayores índices de frecuencia en la población urbana en comparación con la población rural, así como mayores índices de frecuencias de depresión en estudiantes de ambas comunidades, lo cual coincide con el estudio realizado por Jiménez Tapia et al. (2015), en una comunidad de la ciudad de México y otra de Michoacán, con el objetivo de describir los síntomas depresivos en estas comunidades. Se investigó en estudios de tipo observacional y transversal con muestreo no probabilístico, con muestra de 2127 individuos, con el instrumento CESD-R donde se reportó que de ellos el 12 % presentó síntomas de depresión grave, y por tipo de comunidad en la

Ciudad de México presentó 13.3% depresión grave y en la muestra de Michoacán fue de 9.2%, y de acuerdo al sexo las mujeres presentaron mayor tasa de depresión.

Los estudiantes de la Ciudad de México tuvieron una proporción significativamente mayor de síntomas de probable EDM que los estudiantes de Michoacán, lo cual es contrario al estudio de una investigación en comunidades rurales de Colombia por Camargo Barrero et al. (2020), dicha investigación tuvo como objetivo identificar los niveles de sentido de vida, depresión y ansiedad en población rural de un municipio de Cundinamarca-Colombia.

Se trató de un estudio de tipo descriptivo-cuantitativo, con una muestra de 100 personas que viven en zona rural de dicho municipio, aplicando cuatro instrumentos de recolección de datos: Ficha de datos sociodemográficos; Escala de sentido de vida; Depresión y Ansiedad. Como resultado se identificaron puntuaciones bajas en percepción de sentido de vida (65%), la depresión oscilaba mayoritariamente en rangos normales (94%) y la muestra en su totalidad (100%) puntuó normal para ansiedad.

Otro estudio detectó factores de macro ambiente tales como vivir en ambientes rurales y pertenecer a grupos indígenas como determinantes comunes a altas prevalencias de depresión como lo remarca, Franco-Díaz (2018), Morales Chainé et al. (2021) y Lara, (2022), que reportó una mayor prevalencia de depresión en comunidades indígenas lo cual era mayor en los que no saben leer y en las mujeres, lo anterior se puede relacionar a las comunidades rurales como factor de riesgo para desarrollar síntomas depresivos, aunque nuestra investigación reportó mayor riesgo de desarrollar depresión grave en hombres de la población urbana.

Los servicios de salud de mayor cobertura para atención general fue la utilización de los servicios públicos de la Secretaría de Salud etc., resalta el alto porcentaje de la población rural encuestada que no cuenta con ningún tipo de acceso a servicios de salud (58.4%), además de altos porcentajes de personas que no saben si hay servicios de salud mental en su comunidad.

En la comunidad rural el 25.7% de la población encuestada no sabe si hay servicios de salud mental y el porcentaje fue mayor en la población urbana que refirió en un 52.6% de personas encuestadas que no saben si hay servicios de salud mental en la comunidad , lo cual es similar con lo reportado por Cerecedo García et al. (2020), Salinas (2020),OPS (2023) y OPS (2024), que hacen énfasis en que de acuerdo con la evidencia actual, la depresión se puede prevenir, detectar y ser tratable con la posibilidad de minimizar sus efectos negativos a corto y largo plazo.

Sin embargo, uno de los principales problemas a nivel mundial para obtener tratamientos dignos y de calidad está relacionado con la falta de acceso a servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS 2022), estima que, en países de ingresos bajos y medios, entre 76 y 85% de la población con desórdenes mentales carece de acceso al tratamiento necesario.

En México, una de cada cinco personas con un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses recibió algún tipo de atención para este problema y más de 75% de los casos graves y moderados entre adultos no recibieron atención médica o psicológica por la carencia de acceso, (Cerecedo Garcia et al. 2020), lo cual en esta investigación reportó un mayor riesgo de desarrollar depresión moderada (OR 2.74) y grave (OR 1.67), en las personas encuestadas de ámbito urbano, y un bajo riesgo de desarrollar depresión moderada en la población rural (OR 1.30)

En la presenta discusión me gustaría citar a Secretaria de Salud , que dice:

“La Reforma Psiquiátrica se construyó siguiendo tres principios: 1. El fortalecimiento de las acciones que aumentan la promoción de la salud mental así como de la atención comunitaria, potenciando los servicios a nivel ambulatorio y reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización; 2. La hospitalización, cuando es requerida debe ser de estancia corta, en unidades psiquiátricas incorporadas a hospitales generales idealmente; 3. La existencia de servicios de rehabilitación psicosocial y reinserción social que integren a la persona con enfermedad mental a su comunidad.”

Dicha reforma se sustenta en el concepto de salud mental con enfoque de promoción, y la presente investigación determinó cómo se comportan los grupos estudiados respecto al acceso a servicios de salud mental y su asociación a los servicios de salud donde se podrá evaluar en cierta forma los resultados del programa que se inició en el 2013, lo cual nos ayudará a generar respuestas más accesibles en salud y en especial en salud mental, para aclarar los campo de oportunidad de intervención desde el nivel de intervención local para poder lograr servicios de salud más cercanos a la comunidad que impacte en los niveles de depresión y de la salud mental en general.

El Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024 de México en su plan específico en materia de atención psiquiátrica a partir del 2018, tiene como objetivo garantizar el acceso efectivo y con calidad en la atención médica, pues promueve, coordina e implementa actividades de cooperación técnica dirigidas a fortalecer las capacidades nacionales para desarrollar políticas, planes, programas y servicios, contribuyendo a promover la salud mental, con una atención

especializada para reducir la carga de enfermedad que significan las enfermedades psíquicas las cuales restan años de calidad de vida, prevenir las discapacidades y desarrollar la rehabilitación para lograr la reintegración del individuo a un estado de bienestar y con capacidad de productividad (SEGOB 2022).

Cabe resaltar el hecho de la nula carencia de servicios médicos de salud general, más aún en lo que respecta a la salud mental en la comunidad rural, donde no se encontró ningún servicio médico en la comunidad, aquellos que tenían acceso a servicios IMSS o ISSSTE tenían que desplazarse a cabeceras municipales de Santa Clara del cobre, con transporte escaso, y limitación de recursos económicos, lo que implica falta de disponibilidad y acceso a los servicios de salud en la comunidad rural de Cuangatzio Michoacán, lo cual coincide con las estadísticas nacionales que refieren que solo el 7% de pacientes diagnosticados con depresión recibe tratamiento, (Cerecedo García et al. 2020).

En la comunidad urbana se detalló una alta disponibilidad de servicios de salud, incluidos los servicios de sanidad mental, en la misma localidad, y a pesar de la disponibilidad y acceso hay un alto porcentaje de personas que acudieron al centro de salud de Iztapalapa, que manifiestan que no hay servicios óptimos de salud mental en su comunidad o bien que no saben si existen en su comunidad, lo cual refleja escasa promoción de la oferta de todos los servicios de salud mental en la comunidad de usuarios del centro de salud TIII Román carrillo de Iztapalapa.

Lo anterior es comparable con el estudio de Jiménez Tapia y Wagner (2015), al referir en su estudio sobre prevalencia de depresión en comunidades urbanas y rurales en México con prevalencias menores a nuestra investigación se pueden detectar casos de depresión, pero el proceso de atención queda inconcluso ante la

falta de servicios médicos en la comunidad rural y la escasa cultura en salud mental por parte de la comunidad urbana.

Por lo que faltaría construir el mecanismo por parte de los responsables de otorgar servicios de salud con un sistema capaz de realizar referencias efectivas de los individuos que la requieran, con estrategias que garanticen calidad en los servicios de salud mental, y cumplan con los estándares de profesionalización que requiere una atención integral en los distintos tipos de comunidades que hay en nuestro país.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.

5.1 Hallazgos

En respuesta a el objetivo de estudio que fue explorar la Incidencia de depresión y acceso al sistema de salud en la población de una comunidad rural dispersa de Cuangatzio, Michoacán y una población de la Ciudad de México en la alcaldía de Iztapalapa, en diciembre del 2023, detallando las covariables que se desprenden del instrumento de evaluación de depresión de Beck II (BDI II), respondiendo a la pregunta:

¿Cuál es la incidencia de depresión en una comunidad rural de Cuangatzio, Michoacán y en una comunidad urbana de un centro de salud Iztapalapa?

Los resultados de nuestra investigación reportaron que la depresión existe en ambas comunidades con incidencias elevadas tanto en el ámbito rural como en el urbano que son mayores a las reportadas por ENSANUT 2022 de acuerdo con el estudio de Vázquez Salas et al. (2023) sobre sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos.

La depresión en su clasificación de mínima, de acuerdo con la clasificación de Beck, que es una forma de depresión en la que cualquier individuo puede funcionar de forma normal fue mayor en la comunidad rural, pues obtuvo un 69% en comparación con la comunidad urbana que reporto un 61%, que en términos claros indica que hay menores niveles de depresión de importancia clínica en la comunidad rural en comparación con la comunidad urbana.

Las formas de depresión en las modalidades de importancia clínica que son; depresión leve, depresión moderada y depresión grave, todas estas fueron mayores

en la población urbana con respecto a la rural, lo cual contrasta con otras investigaciones que señalan a las comunidades rurales como un factor de riesgo para desarrollar síndromes depresivos severos (Vargas Terrez y Villamil, 2016), los cuales han aumentado en especial después de la pandemia de COVID-19, que dejó detrás una crisis mundial de salud mental.

Fue el periodo postpandemia donde se detuvo la constante disminución que se había presentado hasta antes de esta, que dejaron altas tasas de depresión y ansiedad, según lo reportado por la OCDE (2021), que señala que los casos de depresión aumentaron entre el 20 y 30% después de la pandemia y muchos de esos casos se agudizaron, incluyendo la ansiedad y los desórdenes obsesivo compulsivos lo que la ha convertido un problema de salud pública.

De acuerdo con los resultados de la investigación se observó que la depresión en adultos es mayor en la población Urbana con el 29.19%, y 24.74% en la población rural, las cuales son prevalencias mayores a las reportadas a nivel nacional según las cifras reportadas por la Encuesta Nacional de salud y Nutrición (ENSANUT 2022) que fue de 16.70%.

Es un problema de salud pública, pues de acuerdo con la OMS es un trastorno mental afectivo común y tratable frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos, físicos y estos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base como el cáncer, enfermedad cerebrovascular, infartos agudos al miocardio, diabetes, enfermedad de párkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias.

La enfermedad depresiva es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas tienen más probabilidades de sufrir depresión, a su vez la depresión puede generar más estrés y disfunción, así como empeorar la situación vital de la persona afectada, pues se considera qué ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres a nivel mundial y en México, así lo detalla Corea del Cid, (2021).

Como resultado de la investigación se encontró, que la depresión entre las comunidades estudiadas tiene prevalencias mayores a la media nacional, que de acuerdo con ENBIARE 2021 es de 19.5%, y entre ellas los casos de depresión tuvieron una mayor frecuencia en la comunidad urbana.

Por otra parte, la depresión tuvo mayores índices de frecuencia en la población urbana que reportó 39% de personas con depresión, en comparación con la población rural que reportó 31 %, así como mayores índices de frecuencias de depresión en estudiantes de ambas comunidades.

La depresión obtuvo porcentajes mayores en la población urbana, que reportaron porcentajes mayores que la población rural, pues la depresión leve reportó 17.5% en comparación con la población rural, que reportó sólo 15%. La depresión moderada fue superior con 14.3%, en comparación con un 10.6% de la población rural. Por último, la depresión grave, presentó mayor incidencia en la comunidad urbana con un 7.1% en comparación con la población rural que reportó 5.3%.

Un estudio realizado por Jiménez Tapia, et al. (2015), en una comunidad de la ciudad de México y otra de Michoacán, con el objetivo de describir los síntomas depresivos en estas comunidades, que reportó menores prevalencias de depresión

que las de nuestra investigación con el 12% en esta muestra que reportó episodio de depresión grave, presentando también mayor prevalencia de depresión en la comunidad urbana en comparación con la rural, (13.3% Ciudad de México y 9.2% Michoacán).

Hablando del binomio diagnóstico y tratamiento de la depresión, los servicios de salud se han visto rebasados, en especial en el área de salud mental, pues aunque hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos como México, no recibe tratamiento alguno, pues Cerecedo García et al. (2020) refiere que solo 7% de los diagnosticados recibe tratamiento.

El presente trabajo reportó un alto porcentaje de la población rural de Cuangatzio, Michoacán que no tiene acceso a ningún sistema de salud pues el 58% reportó no tener acceso a ningún servicio médico general, y mucho menos especializado en salud mental, en comparación con la comunidad urbana la cual refirió solo un 2.6% no tiene acceso a ninguna atención en salud, lo cual es contradictorio, pues cuenta con alta disponibilidad de servicios de salud de todo tipo y al mismo tiempo presentó mayor prevalencia de depresión que la comunidad rural

El servicio de atención en salud más utilizado por ambas comunidades son los servicios públicos de salud, lo cuales son administrados por la Secretaría de Salud aunque no represento riesgo elevado (OR).

Los usuarios que tienen acceso a servicio médico en seguridad social (IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, etc.) presentaron mayor riesgo de desarrollar

depresión grave en ambas poblaciones, de las cuales la población rural presentó el riesgo más elevado (OR 12.8) y menor en la rural (OR 10.9).

Esta disparidad en el acceso a los servicios de salud no justifica las altas incidencias de depresión localizadas en ambas comunidades, cabe resaltar que, aunque la comunidad urbana cuenta con toda clase de servicios médicos presentó mayores índices de depresión leve, moderada y severa en comparación con la comunidad rural (ver tabla 2).

La depresión grave es mayor en la población urbana (7.10%) que en la población rural (5.3%), lo cual nos indica sobre la falta de detección y tratamiento aunque hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos, como nuestro país México, en especial durante la pandemia de acuerdo con Morales Chaine, et al., (2021), no recibe tratamiento alguno lo cual es consecuencia de una baja preparación del personal de salud para realizar una adecuada detección y tratamiento mediante un sistema de salud integral que otorgue una atención oportuna a cada paciente.

Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de proveedores de atención de salud capacitados, además de la estigmatización asociada a los trastornos mentales, como lo señala Mascayano Tapia (2015). Lo que revela que los obstáculos a una atención eficaz se encuentran en la falta de recursos y de proveedores de atención de salud capacitados además de la estigmatización asociada a los trastornos mentales, esto ocurre en todos los países independientemente de su tipo de ingreso o nivel económico.

Por lo anterior las personas que experimentan depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otros, que en realidad no padecen el trastorno son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos, lo cual se relaciona con fallas en la referencia al área de la salud mental como lo señala la Global Health Data Exchange, (2019).

Respondiendo a la pregunta de si existe servicio de salud mental en tu comunidad se observó un alto porcentaje de usuarios que refieren que no hay servicio de salud mental, la cual fue mayor en la población rural con el 71.7% de personas que refieren que no hay servicio de salud mental, mientras que en la comunidad urbana el 17.5% reportó no tener servicio de salud mental.

Existe sin embargo una alta prevalencia de individuos encuestados que desconocen si existe un servicio de salud mental en su comunidad, siendo mayor el porcentaje de personas en la población urbana con el 52.6%, a pesar de que el centro de salud donde se realizó la investigación cuenta con un centro de atención en adicciones, psicólogo y psiquiatra, lo cual nos indica que existe un alto porcentaje de usuarios que desconocen la estructura del centro de salud al que acuden.

En la comunidad rural el 25.7% de los encuestados, respondió no saber si existía servicio de salud mental en su comunidad, lo cual en relación con otras variables no representó riesgo de desarrollar depresión en sus formas graves. En la población urbana que respondieron que no saben si había un servicio de salud mental en su comunidad (52.6%) se reportó mayor riesgo de desarrollar depresión moderada (OR 2.74), lo cual fue mucho menor en la población rural en todos los tipos de depresión.

Cabe mencionar que en el centro de salud de TIII Guillermo Román, existe un centro de atención de salud mental, además de haber un centro de salud mental

especializado en la misma delegación Iztapalapa de la Ciudad de México y hospitales psiquiátricos en la misma demarcación.

A pesar de que en México no existe un censo de base poblacional sobre trastornos mentales y del comportamiento que permita estimar indicadores confiables, se conocen algunas fuentes de datos, como el proyecto Global Burden of Disease (GBD), los registros hospitalarios (2018-2021), como el del IMSS, o las encuestas aplicadas en muestras representativas, como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), con las cuales ha sido posible dimensionar la magnitud e impacto de esta problemática a lo largo de varios años, considerando la posible subestimación que subyace en tales fuentes, pero sobre todo reconocer la demanda de atención y, en consecuencia, las necesidades reales de salud.

Lo cual es contrario a los objetivos de los programas de los organismos internacionales que se mencionan en el Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024 de México, en su plan específico en materia de atención psiquiátrica a partir del 2018.

El cual tiene como objetivo garantizar el acceso efectivo y con calidad en la atención médica, pues promueve, coordina e implementa actividades de cooperación técnica dirigidas a fortalecer las capacidades nacionales para desarrollar políticas, planes, programas y servicios, contribuyendo a promover la salud mental, con una atención especializada para reducir la carga de enfermedad que significan las enfermedades psíquicas las cuales restan años de calidad de vida; prevenir las discapacidades y desarrollar la rehabilitación para lograr la reintegración del individuo a un estado de bienestar y con capacidad de productividad (SEGOB 2022).

Por otro lado, en la misma línea de trabajo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros adoptaron el Plan de Acción sobre Salud Mental para orientar las intervenciones de salud mental en las Américas de 2015 a 2020. Los trastornos mentales y de abuso de sustancias son muy frecuentes, además contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones y la mortalidad prematura, y aumentan el riesgo de otras afecciones médicas.

Aun cuando los trastornos mentales actualmente no figuran entre las 10 principales causas de mortalidad en la población mexicana, al comparar los resultados presentados por las encuestas disponibles, por ejemplo, de 2005 (7%) a 2022 (16.1%), el aumento de la prevalencia fue del 56%, lo que representa la justificación para actuar, desde una perspectiva de salud pública, en relación con este problema claramente reemergente, caracterizado por iniciar en edades tempranas, ser de larga duración y por su potencial impacto en términos de discapacidad.

En la población rural en donde sabemos que no existe ningún tipo de atención médica ni de servicios de salud del gobierno o privados y mucho menos servicios de salud mental específicos, se reportó un alta incidencia de sujetos que desconocen si existe un servicio de salud mental en su comunidad con el 25.7%, además de que un 2.7% de personas encuestadas respondieron que sí había servicio de salud mental en su comunidad y el 71.7% respondió que no hay servicio de salud mental en su comunidad.

Lo anterior se traduce en un alto índice de confusión, acerca de lo que son los servicios de salud mental en las comunidades rurales, y una marcada carencia de

cultura y escasa promoción de servicios de salud mental en las comunidades urbanas, que a pesar de contar con servicios de salud mental en los tres niveles de atención, más de la mitad de la población encuestada no sabía acerca de la disponibilidad de estos servicios.

Lo anterior es contrario a las metas globales de atención en salud mental que señalan que un acceso a los diferentes servicios de salud del área mental, deben ser una garantía en salud por parte de los organismos gubernamentales para todos los usuarios con estos padecimientos, lo anterior apoyado por los organismos internacionales (OMS 2022), estos recomiendan a los países aumentar la cobertura en salud mediante el acercamiento de los servicios a las comunidades recomiendan un incremento al menos del 20% en infraestructura para el año (2000), aunque las características propias de cada país pueden ser limitantes para ello como los conflictos bélicos y violencia aunado altos índices de marginación.

En México se observa una alta prevalencia de pacientes con problemas en el área de la salud mental, tales como la esquizofrenia y depresión grave, esta última en asociación con temas relacionados al suicidio, las unidades especializadas solo atienden al 26.5%, y solo el 5.5% es atendida en unidades ambulatorias cercanas a la comunidades, dejando la atención primaria sin iniciativas que impacten a estos elevados índices de depresión, falta realizar un enfoque preciso que contribuya a la detección de problemas mentales, aunque se ha observado la importancia de los médicos de primer contacto como puerta de entrada al sistema de salud mental, falta poner más atención a la profesionalización del personal de salud.

Los servicios de salud mental deben ser adaptados a la necesidades de las comunidades tomando en cuenta las características socioculturales de cada

comunidad por lo que es importante analizar el comportamiento sobre el uso de los servicios para que se puedan abordar los problemas de salud mental de forma oportuna, lo cual ayudara a evaluar como es el acceso y la proporción de los servicios mentales, en este tema se debe de integrar el estudio de las variables de influencia en la proporción de los servicios a la comunidad las variables a tomar en cuenta son la edad, el sexo, los síntomas a nivel individual y a nivel colectivo se debe verificar la disponibilidad y organización de los servicios., (Díaz-Castro, et al., 2020).

En respuesta a la demanda de los servicios de salud se ha implementado en el sector salud estudiar la relación de oferta y demanda de estos mediante el MCUSS que es modelo de comportamiento sobre la utilización de los servicios de salud, para poder brindar servicios basados en las características de las necesidades en salud de los usuarios. Esto nos muestra la importancia de realizar investigación dentro de las comunidades para obtener información acerca de las formas de acceso a los servicios de salud y sobre todo de los servicios de salud mental en la población abordada.

Como lo menciona Díaz Castro Lina et al. (2020) en su artículo sobre la utilización de servicios de salud mental, la estrategia del Seguro Popular surgió.

La investigación reportó, bajos niveles de formación educativa en la comunidad rural con formación básica (37.7%) y que todavía existe analfabetismo en 2.7% de la comunidad estudiada, en comparación con la urbana que presentaron educación superior en un 44.2%, y escaso acceso a servicios de salud en general.

De acuerdo con SEGOB (2022), el estar afiliado a la seguridad social, no cubre las necesidades en salud mental, ya que para tener acceso se debe contar con un

expediente y formatos de referencia hechos por el médico, el cual no siempre detecta los casos de depresión y mucho menos realiza una referencia al nivel correspondiente, para validar el seguro popular y evitar hacer el gasto de bolsillo derivado del pago de la atención con recursos propios en hospitalización y/ o los medicamentos.

También señala que de los pacientes atendidos en hospitales psiquiátricos solo el 27% de estos tenía cobertura por el seguro popular. Conforme los presentes resultados, 27%, de la población atendida en hospitales psiquiátricos, estuvo afiliada al Seguro popular, o a otras coberturas sociales, el porcentaje de afiliación a servicios de cobertura social es menor en el caso de los que acuden a solicitar atención a causa de trastornos mentales, esto se traduce en crear modalidades que agilicen la operación para que la población no derecho habiente goce de los beneficios de cobertura en seguridad. En esta investigación se detectó que los derechohabientes a seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX SEDENA etc.) presentaron mayor riesgo de desarrollar depresión en la comunidad rural (OR 12.8), y en la población urbana (OR 10.9) lo que reafirma la necesidad de mejorar el sistema de atención por parte de los derechohabientes con acceso a cobertura social.

El departamento de salud mental del IMSS (2023), resaltó que durante el periodo de la pandemia de COVID-19 se desarrolló el “Programa de salud mental del IMSS 2021-2024” que se fundamenta en integrar la atención de la salud mental en los diferentes niveles de atención en salud, con un enfoque preventivo, además de ampliar los servicios de prevención y tratamiento de adicciones mejorando la oferta de los servicios y disminuir el uso incorrecto de los servicios en pacientes con

diagnósticos equivocados, lo anterior debe tener como finalidad otorgar servicios de salud mental accesibles y asequibles para la comunidad.

En respuesta a estas propuestas el IMSS (2020) ha generado campañas de profesionalización de su personal de salud, mediante la actualización de los mismos capacitando a más de ocho mil elementos de salud en 2023, mediante cursos virtuales en diagnóstico y tratamiento de los principales desórdenes mentales, además de actualizar las guías clínicas de atención en salud mental.

En la misma línea de respuesta se han otorgado mayor número de consultas en salud mental , dentro del programa “PrevenIMSS” que cuenta con más de 2500 módulos, también se instalaron 32 módulos de atención ambulatorios en la comunidades con enfermeras especialista que realizan detecciones con la prueba de “PHQ-TP” para detectar ansiedad, trastorno de pánico y trastornos depresivos. Se integro a la campaña el programa de adicciones que esta estrechamente relacionado con estados depresivos y de ansiedad, y poder disminuir la brecha de atención en salud, que contribuye a la disminución de las tendencias suicidas con prácticas en salud preventiva.

El covariable estado civil que se desprende instrumento de Beck (BDI-II), reportó que, para la población urbana el estado civil más frecuente fue el de soltero con un 54.5% y le sigue el de casado con un 23.4%. En la comunidad rural reportó como estado civil más frecuente, el de casado con 45.1% y le sigue el de soltero con 19.5%. En las dos comunidades el estado civil denominado unión libre fue el tercero en frecuencia con un porcentaje para la comunidad urbana de 18.2% y un 27.4% para la población rural. El estado civil divorciado y viudez fueron los menos frecuentes en nuestra investigación.

Para ambas comunidades después de realizar el análisis de las covariables el estado civil soltero presentó mayor riesgo de desarrollar depresión grave (OR 9.3) y moderada (OR 4.5) en la población urbana. En la población rural el riesgo de desarrollar depresión grave se asoció de igual forma con el estado civil soltero (OR de 9.8), como riesgo para desarrollar depresión grave en los que refirieron a estado civil soltero lo cual coincide con lo publicado por Luna-Padilla, J., Guzmán Cortes et al. (2020), que señala en su estudio de factores sociodemográficos y depresión, como el vivir solo sin pareja es un factor de riesgo para desarrollar depresión y otros estados de ánimo alterados.

Como también señala Bastida-González, Ricardo et al. (2017) en su publicación que determinó como el estado civil, el género y la satisfacción marital inciden como factores protectores en la depresión y la ansiedad en una muestra mexicana de 300 personas. Los resultados mostraron que los participantes separados presentaban mayores niveles de ansiedad y depresión que los casados.

A su vez, el mismo estudio concluye, que la satisfacción marital fue un factor protector de los niveles de depresión en ambos géneros, obteniendo un mayor valor predictivo en las mujeres. También se evidenció que las mujeres con baja satisfacción marital presentaron mayores niveles de ansiedad, que las mujeres con alta satisfacción marital. Estos resultados tienen implicaciones clínicas para paliar las posibles consecuencias tras una ruptura de pareja como son los trastornos ansioso o depresivo.

La OMS (2023), señala que la depresión tiene como etapa de inicio más frecuente, la década entre los 30 y los 40 años, en nuestro estudio el grupo etario más frecuente fue el de 25 a 44 años para ambas comunidades y los casos de

depresión grave también tuvieron mayor prevalencia en este grupo de 20 a 59 años de edad, lo anterior coincide con los altos índices de suicidio en la población mexicana que revelo que la tasa más alta de suicidios en México, fue en el grupo de 25 a 29 años (INEGI 2023), lo que representa oportunidad de prevención de este problema mediante la detección y tratamiento oportuno.

Los resultados de nuestra investigación detallan, que el grupo etario más frecuente en la población urbana fue el de 25 a 44 años, pero los casos de depresión moderada y grave fueron mayores en el grupo de 20 a 24 años. La población rural presentó mayor frecuencia de depresión, leve, moderada y severa en el grupo de 25 a 44 años, lo que indica que en los entornos urbanos se desarrollan estados depresivos de importancia clínica a más temprana edad.

La depresión tiene un impacto notable, en personas que suelen encontrarse en el momento de plena actividad laboral, económica y familiar. Por lo que, en la actualidad la depresión se ha convertido, en la segunda causa de ausentismo en el trabajo secundario a incapacidad, mostrando además una relación de grupos jóvenes según la edad, con depresión y altos índices de suicidio de acuerdo con nuestra investigación y las estadísticas nacionales (INEGI 2023).

La covariable sexo reportó mayores porcentajes de mujeres (87% urbana y 81.4% rural), los hombres con menores porcentajes (13 % urbana y 18.6% rural), los reportes nacionales del INEGI (2023) refieren de igual manera mayores porcentajes de mujeres pues de un total de población 129 millones, 52% correspondió a mujeres y 48% a hombres. Lo que coincide con las altas cifras de depresión en mujeres del sureste en la investigación de Rivas et al. (2020); Romero et al. (2017), que las asocian a diferentes factores socioeconómicos.

En la comunidad rural de Cuangatzio se observó que los casos de depresión, moderada y grave fueron mayores en el sexo femenino, en comparación con el sexo masculino, y en la población urbana el sexo femenino presentó mayores porcentajes de depresión leve y moderada.

Solo se reportó riesgo poco elevado de desarrollar depresión leve (OR 2.0) y moderada (OR 1.57) en mujeres de la población urbana (Tabla 12). El sexo masculino presentó mayor riesgo de desarrollar depresión grave (OR de 1.54) en la población urbana, lo cual asocia el sexo masculino con altas prevalencias de depresión en población urbana.

Otras referencias de investigaciones en México, que abordan la depresión, en personas del sexo femenino residentes en la zona norte reportan, una prevalencia de 12.7%, de trastorno depresivo, para el diagnóstico se empleó el Instrumento de detección de Beck (BDI-II), para el resto del país se obtuvo una prevalencia de depresión de 10.4% en el sexo femenino, lo cual es menor a lo reportado en presente investigación.

El trabajo elaborado por Rivas et al., (2020) reportó un 33.6% de trastorno depresivo, en un grupo de femenino de Chiapas, mediante el uso de la Guía para detección de trastornos depresivos el estudio muestra una mayor prevalencia en comparación a las obtenidas en este trabajo que fue de 24 % de depresión en el sexo femenino.

Los resultados de investigación señalan que, pertenecer a la comunidad rural no presentó riesgo de desarrollar depresión en relación al sexo, para la población urbana el sexo femenino presentó mayor riesgo de presentar depresión leve y moderada (OR 2.0 y 1.57), y los hombres presentaron mayor riesgo de desarrollar

depresión grave (OR 1.54), lo que coincide con las altas tasas de depresión grave asociada a suicidio según INEGI (2023), la tasa promedio de suicidio según sexo, en el periodo de 2017 a 2022, fue de 9.9 hombres por cada 100 mil, y de 2.1 mujeres por cada 100 mil.

Esta diferencia entre sexos en relación con la tasa de suicidio ha sido constante, pues para 2022, la tasa de suicidio en hombres fue de 10.5 por cada 100 mil, en tanto que, en mujeres, fue de 2.3 por cada 100 mil. Los datos anteriores se traducen en que ocho de cada 10 fallecimientos por suicidios (81.3 %) ocurren en hombres y dos de cada 10, en mujeres (18.7 %) según los reportes de INEGI (2023).

De la covariable ocupación las personas encuestadas respondieron que, la principal ocupación en la comunidad urbana fue la de estudiante (39%), seguida de aquellos que se dedican al hogar con (36.4%). En la comunidad rural un alto porcentaje respondió que, se dedica al hogar (73.8%), en segundo lugar, los que se refirieron como empleados (19.5%), resalta el hecho de que, en las dos comunidades, se reportó mayor riesgo para desarrollar depresión grave asociado a ser estudiante como la ocupación principal, la cual fue mayor en el riesgo en la población rural que en la urbana (OR 8.1 urbana, OR 10.2 rural).

Lo que también señalan Granados Cosme (2020) y Obregon Gonzales (2020) en sus investigaciones diseñaron un estudio observacional, descriptivo, transversal, en el que se aplicó una encuesta (Instrumento de Beck BDI 2) con un grupo de cuasi control, para determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y conducta suicida en estudiantes universitarios. Se comparó una muestra de estudiantes del primer grado (PG) de medicina con otra muestra de estudiantes del último grado (UG) de medicina y también con una muestra de alumnos de cualquier

otra carrera de la misma universidad en Ciudad de México, ambos coinciden con altas cifras de depresión en estudiantes de nivel universitario, en especial del área de la salud.

La relación depresión y educación de la investigación que se llevó a cabo, reveló que existe una alta disparidad de acuerdo con el nivel de educación en las poblaciones investigadas, pues resalta baja escolaridad en la comunidad rural de Cuangatzio, con educación básica y riesgo de desarrollar depresión moderada y predominio de estudios superiores en la comunidad urbana con mayor riesgo de desarrollar depresión grave.

El 82.3% de la población rural tiene educación básica con un riesgo de desarrollar depresión moderada (OR 2.5). En la comunidad urbana, el 44.2% respondió tener nivel superior de estudios universitarios y a su vez también presentó un riesgo de desarrollar depresión grave (OR 6.4), lo cual es coincidente con las investigaciones de Granados Cosme (2020); Obregón Gonzales (2020) y Jiménez Tapia et al. (2015) que relacionan altos niveles de ansiedad, depresión y conducta suicida en estudiantes universitarios de México.

5.2 Recomendaciones.

Ante el alto impacto de la depresión en la salud mental, como todos los trastornos neuropsiquiátricos, es muy importante señalar la importancia de impulsar la investigación en salud mental, para disminuir la brecha de atención en salud mental por la que atravesamos en nuestro país, entendiendo esta como la proporción de personas con problemas de esta área, que no cuenta con acceso a servicios de detección y tratamiento integral.

Es importante favorecer el acceso al sistema de salud mental en ambas comunidades, como mecanismo que contribuya a la disminución de la brecha de salud mental, incluyendo la falta de inversión en salud mental, la escasez de personal sanitario, que este especializado en salud mental y las enormes barreras para acceder a la atención que existen, dentro de las cuales incluyen el estigma, y la distancia geográfica de los centros que proporcionan atención que se caracterizan por su limitado alcance y cobertura secundarios a un presupuesto en salud mental deficiente.

En nuestro país, el reducido presupuesto de salud, que se gasta en salud mental se canaliza casi en su totalidad hacia los hospitales de tercer nivel, que son pocos y de muy difícil acceso para la mayoría de la población, en especial para la atención en salud mental, en respuesta a las necesidades de atención se generó el “programa de atención integral en salud mental”, fomentado OMS (2013), para disminuir la brecha en salud mental (mhGAP).

El mhGAP, es un programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) creado en 2008, pretende superar estas barreras y llenar este vacío entrenando en salud mental al personal sanitario que no es especialista en salud mental, como las y los médicos generales, incluyendo la prescripción de medicamentos para las afecciones mentales.

La idea es que descentralizando los servicios de salud en el área mental y haciéndola disponible desde el primer nivel de atención a nivel básico primario, podemos facilitar el acceso de las personas a la atención en salud mental en los centros de atención primaria, la hace mucho más accesible, más integrada con la

atención en salud física, menos estigmatizada y, lo que es más importante, tiene mejores resultados para los pacientes.

Las personas se recuperan más rápidamente y por completo si reciben atención a la salud mental en sus comunidades, en lugar de utilizar los centros psiquiátricos, que con demasiada frecuencia despojan a las personas de su autonomía y redes de apoyo, por todo lo anterior se concluye de acuerdo a la OMS (2021), que la principal fuente de impulso, para impactar en los altos índices de enfermedades mentales, como la depresión es el apoyo a la investigación por las instituciones, para determinar las necesidades y proponer nuevas intervenciones costo-efectivas mediante el auspicio de las instituciones, gubernamentales, nacionales y locales hasta el nivel comunitario con la participación de todos los sectores de la sociedad.

Basado en las nuevas estrategias de Atención Primaria de la Salud (APS), se recomienda a los organismos que se implementan el evaluar las estrategias de psico-educación a distancia que promueven la salud mental, desde el nivel comunitario y primer nivel de atención, que promueve un enfoque comunitario, que pone el énfasis en la promoción, la prevención, la participación social, la organización de servicios de salud el enlace con otros servicios y la recuperación de las personas en su entorno (OPS 2024).

Desde un enfoque que implique la participación del usuario y todo su núcleo familiar, y/o redes de apoyo dentro de un contexto que contemple un aspecto socio-político-económico eficiente, para la prevención de los problemas con el riesgo de padecer enfermedades del área mental para poder impactar en el acceso a servicios de salud mental dentro del campo de la telemedicina, para poder reducir la brecha

de atención médica y psicológica que actualmente existe en México y en el mundo (Arrieta et al. 2017).

Todo lo anterior se basa en los seis principios fundamentales que en conjunto son llamados principios transversales, para la integración de salud mental en la atención primaria, con el objetivo de lograr una cobertura sanitaria universal promoviendo así, que todas las personas tengan acceso a servicios de salud que necesitan, sin que su uso las exponga al riesgo de dificultades financieras siendo este el factor de servicios en salud mental accesibles y asequible.

Otro elemento que conforma los ejes transversales, son el elemento de derechos humanos donde se sustenta la dignidad de las personas con problemas de salud mental, como derecho humano, mediante conocimientos y tratamientos con sustento científico basado en práctica clínica basada en evidencias, teniendo siempre a la persona, como actor central y objetivo de todas nuestras acciones al usuario, como persona con un entorno complejo por lo que se debe involucrar al sector privado además de los organismos de protección y justicia con un enfoque multisectorial, todo ello deberá tener como resultado su inclusión en las decisiones acerca del acceso a la atención y los servicios.

Los organismos rectores conformados por la Secretaría de Salud, a través de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME) y la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), en coordinación con los consejos estatales de Salud Mental y Prevención de las Adicciones, llevan a cabo una serie de actividades en los ámbitos comunitarios y académicos en todo el país para concientizar a la población

sobre la importancia del cuidado de la salud mental, prevención, detección, tratamiento y rehabilitación.

El Sistema Nacional de Salud cuenta con hospitales, clínicas y centros especializados en salud mental y adicciones en las 32 entidades federativas que acercan este tipo de servicios, con prioridad en la prevención, entre ellos los Centros Especializados de Salud Mental (Cecosame), las Unidades Médicas Especializadas en Adicciones y Salud Mental (Uneme-CAPA) y los Centros de Integración Juvenil (CIJ), (SEGOB 2022).

Cabe mencionar que la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA), plantea la implementación de tres acciones: actividad sincronizada en redes sociales institucionales, recopilación, edición y publicación de testimoniales; y línea editorial para la promoción y difusión de servicios públicos de atención a la salud mental en todo el país, en esta investigación se observó que no se dispone de servicios en la comunidad rural que promueva y garantice el acceso y que además, se le suma la dificultad para acudir a un hospital de especialidad.

En nuestro caso se observó que no se cuentan con servicios de salud básicos en la comunidad rural de Cuangatzio, y los que se encuentran en la cabecera municipal no cuenta con un personal especializado capaz de detectar y/o referir oportunamente a los usuarios a las unidades correspondientes, y en la comunidad urbana de Iztapalapa los servicios de salud mental no se han promocionado en los usuarios, la premisa de servicios de salud del área mental, debe ser cobertura universal de atención a las enfermedades y enfermos mentales en los tres niveles de atención, además de generar una cultura en salud mental en los pacientes.

5.3 Investigaciones futuras.

La referencia y seguimiento de los casos detectados, en la investigación además de favorecer un adecuado acceso a los servicios de salud, que tenga una coordinación con los servicios de salud mental para lograr un servicio profesional e integral, de todos los pacientes incluyendo aquellos, que necesitan atención en salud mental en este caso los casos de depresión. Como resultado de la investigación se observó en el caso de las comunidades rurales la escasez de servicio por falta de estructura y de personal y en las comunidades urbanas resalta la falta de cultura en salud mental que pueda hacer que las personas tengan un empoderamiento para que puedan ejercer el derecho de tener acceso a la salud.

Debido a que el modelo de atención en salud mental, ha cambiado desde una orientación hospitalaria a una comunitaria, la orientación de los investigadores ha cambiado también. La nueva tendencia es investigar prestando mayor atención a la prevención, la cronicidad, la colaboración entre salud mental y atención primaria, y el entorno de los sujetos en estudio.

Esto es basado en los nuevos paradigmas en salud los cuales desde la declaración de Alma Atta (OPS 2012), sobre los nuevos desafíos en salud pública basado en atención primaria en salud sostienen que la, prevención es la clave para la atención de aquellos problemas en salud que aquejan a la población, especialmente en los países en vías desarrollo económico como México.

En nuestro país tenemos enfermedades de primer mundo, pero aún continuamos con los padecimientos de enfermedades crónico degenerativos que conforman la principal carga de gasto en salud, que implican uso de hospitales de tercer nivel

aumentando aún más las dificultades derivadas por un escaso presupuesto en salud, a esto se le suma la carga de enfermedad de atención a los problemas de salud mental y adicciones que en la actualidad se ha observado que sobrepasan la demanda de los servicios.

Los servicios de salud mental por parte del estado, están rebasados por alta demanda, además de que no hay una suficiente cobertura de los mismos en su atención, y tratamiento ni siquiera con el nivel privado, pues no hay una respuesta adecuada por el estado que debiera garantizar la atención en salud mental que es un derecho como garantía de acceso a la salud, pues se observa que hay presupuesto, reducido, y poca accesibilidad esto hace indispensable realizar campañas de prevención de los padecimientos mentales en todas las comunidades.

Es importante canalizar esfuerzos para fomentar actividades de promoción sanidad mental en esta comunidad, además que contenga servicios integrales con un equipo especializado, detección oportuna y que se programen visitas periódicas para seguimiento de los casos detectados, todo esto contemplado dentro de la prevención en salud y detección oportuna.

Por lo que las investigaciones futuras pueden partir de esta base para evaluar la evolución de estados depresivos en las comunidades estudiadas, pero con la finalidad de introducir por parte de los organismos gubernamentales un sistema de acceso a la salud mental y disponibilidad a los servicios que provean de herramientas al usuario para poder disfrutar de un completo bienestar integral. En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS 2013), detalla en su plan

de acción sobre salud mental, cuatro futuras tendencias en la atención mental, las acciones en investigación futura deberán tomar en cuante los siguientes aspectos:

1. Más atención para la orientación preventiva
2. Más atención para la colaboración entre la psiquiatría y la asistencia primaria para mejorar el tratamiento de la depresión.
3. Más atención para la detección oportuna de los pacientes con depresión y otros problemas de salud mental.
4. Más atención para encauzar a los usuarios en la investigación.

Los pacientes depresivos tienen un importante peso, en el conjunto total de pacientes que consultan en atención primaria o en psiquiatría. Por un lado, los médicos de cabecera algunas veces tienen dificultades para detectar una depresión o el riesgo de suicidio o autoagresión. Por otro lado, los médicos de familia igualmente derivan pacientes a psiquiatría de forma innecesaria, lo que hace deducir que las investigaciones futuras, dependen de las acciones gubernamentales para colocar centros de atención en salud que incluyan salud mental, en las comunidades rurales para la detección y en los centros urbanos profesionalizar al personal de salud para aumentar la capacidad de detección y diagnóstico oportuno que pueda garantizar un sistema de salud integral en salud mental.

La pertinencia de las futuras investigaciones concuerda con la capacidad de la investigación para abordar problemas globales, nacionales o locales que requieren solución. Para lograrlo, debe haber más de una decisión posible, pero todas efectivas, la contraparte es la existencia de incertidumbre acerca de la naturaleza y efectividad de las soluciones. Así, tanto el médico en el consultorio como el funcionario de salud que debe tomar una decisión, pueden utilizar el conocimiento

generado para el mejor abordaje de un problema clínico en particular y poder optar por la decisión específica que sea más efectiva.

Existen proyectos de investigación cuyo propósito primario es resolver algún problema en el campo de la salud y avanzar en el conocimiento de este. Este tipo de actividad se denomina investigación para la salud en este caso se debe incentivar la investigación en salud mental, en las comunidades rurales con enfoque de género y con enfoque acorde a las comunidades con altos niveles de migrantes que son características propias de las comunidades rurales.

Por otra parte, se encuentra la investigación sobre la salud, que se refiere, en principio, solamente al avance del conocimiento. Analíticamente esta forma de división según la orientación primaria de la investigación es más rica que la división convencional entre investigación básica y aplicada, ya que en esta última dicotomía no se definen expectativas, ni en el propósito ni en el proceso de la investigación, sino que se establecen a posteriori dependiendo de los resultados que se hayan obtenido. En la orientación primaria sí se define a priori lo que se pretende obtener y se indica el objetivo central del proceso de investigación.

La estrategia central de la investigación para la salud es conferir a cada proyecto la pertinencia para resolver problemas y asegurar la excelencia para avanzar en el conocimiento.

En esta caso la detección de depresión en la comunidad rural de Cuangatzio y la nula presencia de servicios de salud en la comunidad nos lleva a la necesidad de solicitar centros de atención en salud mental, por parte del estado y también incluir a la participación privada o fundaciones que puedan dar continuidad a los casos detectados, para observar resultados de los tratamientos propuestos o en su caso

crear un sistema de referencia eficaz que garantice el adecuado acercamiento a los usuarios los servicios de salud mental.

Los cuales deben incluir tratamiento farmacológico y terapia psicológica, con acompañamiento psiquiátrico, en la comunidad urbana se sabe que se disponen de servicios de salud mental, en el centro de salud donde se realizó la encuesta, pero existe un alto porcentaje de personas que desconocen si existe atención de salud mental en la comunidad, y mucho menos si tienen padecimientos de salud mental, por lo que es importante realizar investigaciones en torno al estigma de salud que impiden al usuario generar una conciencia de la necesidad de evaluación y atención en sus salud mental.

5.4 Limitaciones

Una de las primeras limitantes en la realización de la investigación, fue el aspecto económico, ya que se utilizaron recursos propios para el desplazamiento del equipo encuestador a la comunidad rural, el segundo lugar de las limitaciones en la

presente investigación fue el aspecto de seguridad. Pues en un principio se había elegido una comunidad de la sierra de Hidalgo, la cual se descartó por la falta de seguridad en esa comunidad por lo que se eligió la comunidad rural de Cuangatzio Michoacán.

En las actividades de campo en la comunidad de Cuangatzio, se tuvo contacto telefónico previo y en persona con el párroco de la cabecera municipal de Santa Clara del Cobre con motivo de las fiestas religiosas decembrinas y solicitar el acompañamiento de vecinos durante la encuesta para evitar rechazo en la comunidad.

Pues son comunidades muy herméticas ante la presencia de personas ajenas a ellas, ya que se nos señalaba de afiliados a partidos políticos o de sectas religiosas no católicas. Resuelto ese punto se solicitó alojamiento en la comunidad lo que se realizó con el enlace de la parroquia para poder organizar el alojamiento en Cuangatzio así como de la organización de la misma comunidad, para proporcionar los alimentos al equipo encuestador todo ello se pudo lograr de una manera pacífica y sin contratiempos gracias a la coordinación con los representantes de la iglesia católica de santa clara del cobre.

El núcleo de enlace en la comunidad que fueron los que anticiparon nuestra llegada y programaron el rol de las viviendas que nos recibirían, y de las que nos proporcionarían los alimentos, así como de las personas que nos acompañarían en la capilla donde se colocó un puesto de salud para consulta general, y aplicación de encuestas, y acompañamiento en las visitas casa por casa, para aplicación del instrumento de evaluación en las personas que cumplan con los requisitos de edad y que acepten responder la misma.

En el centro de salud de Iztapalapa de la CDMX la limitante fue, la de recurso económico para solventar viáticos y alimentos del personal aplicador de la encuesta sin otros detalles que comentar. Es importante destacar las limitaciones en un informe de investigación para que los lectores comprendan las restricciones inherentes al estudio y puedan interpretar los resultados de manera adecuada. (American Psychological Association, 2020).

5.5 Validez de la investigación.

La depresión es una enfermedad de alta prevalencia en México y en el mundo del área de la salud mental, y considerada a su vez como un problema de salud pública (Wagner et al. 2012), por su alta incidencia y prevalencia en países desarrollados y también en países en vías de desarrollo como México, de acuerdo con la (OMS 2021).

Por lo que es importante establecer cómo se comporta este padecimiento en los diferentes ámbitos de nuestra población, ya que contamos con los extremos de los tipos de población desde las grandes urbanidades hasta las poblaciones rurales dispersas, que es nuestro caso, para lo cual se planeó la investigación en una comunidad popular urbana, de la delegación Iztapalapa en la CDMX, que acudió al centro de salud TIII Román Carrillo, y la comunidad rural de Cuangatzio, Michoacán.

La encuesta se aplicó sin importar el motivo de su visita, de forma aleatoria que cumpliera con los criterios de inclusión principalmente que aceptara participar en

responder el instrumento de aplicación y que aplicará el criterio de edad mayor de 13 años, de acuerdo a los criterios del instrumento de Beck para depresión, explicándosele previamente la finalidad de la encuesta, resolviendo dudas, verificando que conteste todos los reactivos y resolviendo dudas en la respuesta de las preguntas que puedan surgir durante la aplicación de las mismas.

Posteriormente calculando el resultado de los reactivos en el momento de terminar de contestarla, comunicándole el resultado de este y en caso de presentar depresión leve, moderada o severa se recomendó atención especializada informando al tutor en los casos que sea menor de edad, o los responsables de adultos mayores en aquellos con depresión, leve, moderada y severa.

Para la comunidad rural el proceso de aplicación se llevó a cabo mediante un puesto de consulta en el patio de la capilla de la comunidad por carecer de centro de salud, otro equipo se dedicó a aplicar la encuesta con la técnica de casa por casa, explicando con más detalle en los adultos mayores especialmente en los que tenían dificultad para responder la encuesta, se le informaba sobre el resultado al paciente y al responsable si es menor de edad, siempre revisando que se hallan respondido todos los reactivos para evitar anular encuestas.

Una vez terminada la aplicación de la encuesta se reúnen, se contabilizan, y se procesan los datos en una base de datos procesando los datos en paquetería SPSS versión 27, calculándose frecuencias, porcentajes, y OR para desatacar resultados de importancia, y comparando datos destacados, previo a la aplicación se realizó una prueba piloto de aplicación del instrumento de evaluación para poder resolver dudas en el equipo encuestador, derivadas de los reactivos de la encuesta y evitar sesgo de información y/o reactivos mal contestados, pues aunque son

comunidades con características y condiciones muy diferentes las dos tienen en común la presencia de depresión.

En este caso para llevar a cabo la encuesta, se aplicó el Inventario de Depresión de BECK (BDI 2), lo cual se ha descrito anteriormente como un instrumento de auto aplicación que ha tenido resultados satisfactorios para detectar estados depresivos de importancia clínica (Beltrán, 2012) que se puede aplicar en personas a partir de los 13 años, sin necesidad de la presencia de personal médico especializado para tal actividad, aunque para los casos detectados se debe contar con un equipo multidisciplinario profesionalizado para poder brindar un servicio integral.

Adicionalmente se exploró sobre los servicios de salud a los que tienen acceso las personas de las dos comunidades, anotando en la encuesta a que servicio específico tienen acceso, para atenderse en caso de enfermedad general en caso de contar con más de un servicio médico, anotarán al que acuden con mayor frecuencia. Otra pregunta es acerca de la existencia de servicio de salud en su comunidad o centro de salud, donde pueden responder si, no o no lo sé, según corresponde.

Se observó que la respuesta a una de las preguntas de investigación, sobre como es el acceso a los servicios de salud mental, se encontró, que por una parte, las comunidades urbanas que aunque cuentan con una disponibilidad adecuada de atención en salud, no cuentan con una iniciativa propia para acudir a ellos, o no se tiene la información sobre los servicios disponibles en su comunidad, y en el caso de las comunidades rurales se hace evidente, que a pesar de que se presentaron casos de depresión de importancia clínica, que requieren de atención profesional,

no cuentan con la disponibilidad, ni el acceso a servicios de salud básica, y mucho menos con acceso a atención mental.

Esto es de vital importancia para la atención colaborativa, de las institucionales gubernamentales para lograr la concientización de la salud mental en las comunidades urbanas, y lograr la disponibilidad junto con el acceso a los mismos, en las comunidades rurales, comenzando por colocación de unidades médicas que brinden servicios de salud básicos en las comunidades, que de acuerdo con, Vargas Terrez et al., (2016), los médicos de primer contacto conforman la base de ingreso al sistema de salud mental y su nivel especializado, esto es fundamental, para acceder a la salud mental desde el nivel de atención primario con una función de detección oportuna, para alcanzar la meta de un sistema de salud accesible, y efectiva de las intervenciones en la salud mental.

La base de datos estará disponible, en el formato SPSS 27.0, para consulta y futuras investigaciones, previa solicitud vía electrónica con el autor y/o con autoridades del Instituto superior de estudios de Occidente, previa autorización por las autoridades directivas correspondientes.

5.6 Conclusiones general y reflexiones personales

La depresión en esta investigación, reportó mayor porcentaje de personas con depresión, en comparación a la media nacional de acuerdo a la ENBIARE (2021), la población que ha experimentado síntomas depresivos en general fue de 19.5%, por estados el estado de Michoacán presentó un porcentaje de depresión de 19.6% mayor a la nacional y la CDMX presentó un 12.5% de prevalencia de personas con síntomas depresivos, lo cual contrasta con nuestra investigación, que reportó mayor incidencia de depresión en la comunidad urbana en sus formas leve, moderada y severa, que fueron menores en la comunidad rural.

De acuerdo con reportes de INEGI 2021, en la población de mujeres y hombres a nivel nacional, se observa una mayoría femenina de 105 mujeres por cada 100 hombres, sensiblemente visible a partir de los 20 años. A partir de la segunda década de la vida y hasta los 49 años, se observa una mayor población de mujeres, debido a una más alta migración internacional y una mayor mortalidad de hombres en estas edades, lo anterior es similar en nuestra investigación donde se observó un mayor porcentaje de población de mujeres en las 2 comunidades encuestadas, aunque la población urbana presentó mayor riesgo de desarrollar depresión grave en hombres y depresión leve y moderada en mujeres.

La principal ocupación en la comunidad rural fue la del hogar, seguido por los que tienen un empleo, y por parte de la población urbana la mayor ocupación fue la de estudiante, la cual presentó mayor riesgo de desarrollar depresión grave en las dos comunidades, seguido por, las labores domésticas del hogar, lo que coincide con la investigación de Jiménez Tapia et al., (2015) en estudiantes de la CDMX y Michoacán, presentan tasas de depresión con incremento gradual en los adolescentes estudiantes en combinación con factores socioeconómicos tales como

consumo de sustancias, entornos violentos, todo ello aumenta el riesgo de conducta problemática y suicidio.

El estado civil más frecuente fue el de casado en la comunidad rural y soltero en la comunidad urbana, el estado civil de soltero presentó mayor riesgo de desarrollar depresión moderada y grave para ambas comunidades coincidiendo con el estudio de Gómez Pérez et al. (2023), que señala asociación de estado conyugal soltero para desarrollar depresión mayor en un estudio en mujeres de Chiapas.

El factor nivel educativo, reportó alto nivel educativo con estudios de nivel superior en la comunidad urbana, con un riesgo alto de desarrollar depresión grave, la población rural no reportó riesgo de depresión grave, asociado al nivel educativo.

Conforme a los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), correspondiente al segundo trimestre de 2021, México cuenta con 305 418 médicos, de los cuales 54% son hombres y 46% mujeres. En el contexto de la publicación de la nueva Ley General de Salud Mental, repasamos la cantidad de especialistas médicos en salud mental disponibles en el territorio nacional. Hasta 2018 contábamos con una tasa promedio de 3.7 psiquiatras por cada 100 000 habitantes.

Aunque en la población rural se reportó que, existe un alto porcentaje de personas que no disponen de ningún tipo de servicio médico, presentaron un menor riesgo de depresión grave en comparación con los usuarios de seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.) de ambas comunidades, que presentaron riesgo más alto de desarrollar depresión grave, cabe señalar que el riesgo de depresión está presente en la comunidad rural en aquellos que no tienen acceso a ningún sistema de salud público o privado.

La falta de conocimiento de si existe servicio de salud mental en la comunidad, presentó, un alto porcentaje de personas que no saben, lo que a su vez se relacionó con un riesgo de presentar depresión moderada en ambas comunidades, y depresión grave en la comunidad urbana.

En la comunidad urbana es importante resaltar que los servicios de salud mental a pesar de estar disponibles en el centro de salud donde se realizó la encuesta un alto porcentaje desconocen la disponibilidad del servicio, lo que se traduce en falta de promoción de los servicios de salud mental en la comunidad urbana.

“No se hace medicina preventiva en salud mental” es la conclusión que resulta después del trabajo de campo realizado en ambas comunidades, existen servicios de primer y segundo nivel de atención a los que se acude, solo después de una referencia médica al nivel especializado, la cual muchas veces no es solicitada por el paciente, pues no se cuenta con una cultura del cuidado de la salud mental, es evidente que existe depresión en los diferentes ámbitos comunitarios tanto rurales como urbanos sin embargo no se ha efectuado una adecuada promoción de la salud mental.

La promoción de servicios de salud mental, está situada dentro del campo más amplio de promoción de la salud, y se coloca junto con la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y rehabilitación, de las personas con enfermedades mentales y discapacidades a pesar de que la Comisión de Salud del Senado de la República, aprobó y publicó en el 2022, la nueva Ley General de Salud Mental, cuyo objetivo es garantizar el derecho a la población a recibir servicios de calidad en esta rama de la medicina, y establecer mecanismos para promoción,

prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental.

Se hace énfasis en la urgencia de fomentar una cultura de salud mental que pueda generar un empoderamiento de los usuarios, y por el lado de los organismos gubernamentales es necesario crear un servicio de salud mental de salida, esto es un sistema que favorezca la atención, de los pacientes detectados en la atención médica general, mediante aplicación de rutina de instrumentos de detección como el instrumento de Beck, validado para la población mexicana, dando un seguimiento a los casos para impedir que aumente el grado de depresión detectado, y así poder disminuir el alto impacto de los índices de depresión en nuestro país con sus posibles consecuencias.

Referencias.

Acevedo Pérez Irene. (2002). ASPECTOS ETICOS EN LA INVESTIGACION CIENTIFICA. *Ciencia y enfermería*, 8(1), 15-18. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100003>

Agudelo Martínez, Alejandra, Ante Chaves, Catherine, & Torres de Galvis, Yolanda. (2017). FACTORES PERSONALES Y SOCIALES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR, MEDELLÍN (COLOMBIA), 2012. *CES Psicología*, 10(1), 21-34. <https://doi.org/10.21615/cesp.10.1.2>

Amaral, Ana Paula, Sampaio, Josiane Uchoa, Matos, Fátima Regina Ney, Pocinho, Margarida Tenente Santos, Mesquita, Rafael Fernandes de, & Sousa, Laelson Rochelle Milanês. (2020). Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. *Enfermería Global*, 19(59), 1-35. Epub 10 de agosto de 2020. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.402951>

American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., ... & Palazuelos, D. (2017). Validity and utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for screening and diagnosis of depression in rural Chiapas, Mexico: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1076-1090.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastornos depresivos. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*, pp 103-110. Airlinton. VA.

Barrutia Barreto, Israel, Danielli Rocca, Juan José, & Solano Guillen, Ynes Eliana. (2022). Estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1),. Epub. 08 de abril de 2022. Recuperado en 13 de agosto de 2024, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100016&lng=es&tlng=es.

Bastida-González, Ricardo; Valdez-Medina, José Luis; Valor-Segura, Inmaculada; González Arratia-López Fuentes, Norma Ivonne; Rivera-Aragón, Sofía (2017) Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXVI, núm. 1, abril, pp. 95-102

Bautista Arredondo Sergio A. (2024). Utilización de servicios públicos de salud en México: Uno de los retos críticos del sistema de salud. Instituto Nacional de salud publica. Consultado en: www.insp.mx/informacion-relevante/utilizacion-de-servicios-publicos-de-salud-en-mexico-uno-de-los-retos-criticos-del-sistema-de-salud.

Benalcázar Durán, C. P., Mosquera Núñez, S. P., Cabanillas Rincón, . A., & Beleño Peñaloza, A. A. (2023). Medicina familiar y salud mental: Abordaje Integral de las enfermedades psiquiátricas en el ámbito familiar. *RECIAMUC*, 7(3), 76-87. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(3\).sep.2023.76-87](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(3).sep.2023.76-87).

Beltrán, María del Carmen, Freyre, Miguel-Ángel, & Hernández-Guzmán, Laura. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>

Bojorquez Chapela, Ietza and Salgado de Snyder, Nelly. (2009) Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D),

versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Ment*, Ago., vol.32, no.4, p.299-307. ISSN 0185-3325

Burns N. y Grove S., (2012), investigación en Enfermería: desarrollo de la practica enfermera basada en evidencias . 5ta ed. Barcelona. Elsevier Saunders pag. 103-130.

Bustamante C Gladys, Mendoza Quispe Carla Anahi. (2013) Estudios de Correlacion. Rev. Act. Clin. Med Clin. Med v.33 La Paz jul. [revista en la Internet].[citado 2023 Abr 27]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000600006&lng=es

Calderón M, Diego. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Médica herediana, número 29 (3) p 182-191. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>

[Camargo Barrero, José Antonio](#) ; [Castañeda Polanco, Juan Gabriel](#) ; [Segura Patiño, Derly Paola](#) (2020). Sentido de vida, depresión y ansiedad en población rural de Cundinamarca, Colombia Revista de ciencias sociales [s](#). ISSN-e 13159518, págs. 206-216

Caparros-Gonzalez R, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial [carta]. Rev Panam Salud Publica, # 42:97 doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>

Carreño García S., Medina Mora M.E. (2018). Panorama epidemiológico de los trastornos mentales, su impacto entre el balance trabajo familia, Instituto Nacional

de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [www.inprfm.org.mx.en:https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/1erjornada/07Panorama-Trastornos-Mentales.pdf](http://www.inprfm.org.mx/en:https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/1erjornada/07Panorama-Trastornos-Mentales.pdf). Recuperado el 25-12-2022.

Castelló M, Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Rico M, Rovira A, Serrano E, Zapater F. (2016) . Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de Salud. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària.

Cerecero-García,D., Macías-González, F., Arámburo-Muro,T., (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población rev. salud pública de méxico/ vol. 62, no. 6, noviembre-diciembre 2022.

Cienfuegos Velasco, María de los Angeles, & Cienfuegos Velasco, Adriana. (2016). Lo cuantitativo y cualitativo en la investigación. Un apoyo a su enseñanza. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(13), 15-36. Recuperado en 28 de abril de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672016000200015&lng=es&tlng=es

CIE-10 (2010). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, (2010) 10.a revisión. Organización Panamericana de la Salud. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V>

CIEP (2023). Presupuesto para salud mental: Un derecho humano universal, consultado en: <https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-mental-un-derecho-humano-universal/>

Corea Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. Revista Médica Hondureña, 89(Supl.1), 46-52.
<https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>.

De los Santos, Perla Vanessa, & Carmona Valdés, Sandra Emma. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 95-119.
<https://dx.doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>

Diario Oficial (1940). Dotación de ejidos al poblado de Cuangatzio, Michoacán. Tomo 121, núm. 46. órgano del gobierno constitucional de los Estados Unidos Mexicanos.
https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4542454&fecha=22/08/1940&cod_diario=193984.

Díaz-Castro, Lina., Cabello-Rangel, Hector., Medina-Mora, Maria elena., Berenzon-Gorn, Shoshana., Robles-García. Rebeca., Madrigal-de León, Eduardo Ángel., (2020). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud pública de México* / vol. 62, no. 1, enero-febrero.

DGCS-UNAM (2019). Gaceta UNAM. Boletín UNAM_#455, Ciudad Universitaria, 29 de junio de 2019. consultado en:

https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_455.html

Dominguez Yanetsys Sarduy (2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa Rev. Cubana Salud Pública vol;33(2) Escuela Nacional de Salud Pública.

DSM-IV (1994). American Psychiatric Association. 4ta. Ed. Washington. DC EE.UU.

ENBIARE (2021). COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 772/21, 14 DE DICIEMBRE DE 2021, PÁGINA 1/3 consultado en:

<https://www.inegi.org.mx/programas/enbiare/2021/default.html>

ENOE (2021). INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, Nueva Edición.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enoe/15ymas/doc/enoe_nota_tecnica_trim4_2022.pdf.

Enriquez Ludeña, Rosa Luisa, Pérez Cabrejos, Ruth Gissela, Ortiz Gonzales, Roxana, Cornejo Jurado, Ysholde Consuelo, & Chumpitaz Caycho, Hugo Eladio. (2021). Disfuncionalidad familiar y depresión del adolescente: una revisión sistemática entre los años 2016-2020. *Conrado*, 17(80), 277-282. Epub 02 de junio de 2021. Recuperado en 23 de mayo de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000300277&lng=es&tlng=es.

Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med*. vol;48(9):1560-1571.

Franco-Díaz, Karen Lizbeth, Fernández-Niño, Julián Alfredo, & Astudillo-García, Claudia Iveth. (2018). Prevalencia de síntomas depresivos e invarianza factorial de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población indígena mexicana. *Biomédica*, 38(Suppl. 1), 127-140. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3681>

Fernandes-Moll, Marciana, Matos, Aldo, Beirigo-Borges, Giovanna, Arena-Ventura, Carla Aparecida, Pires-Bernardinelli, Fabiana Cristina, & da Silva-Martins, Tayná. (2023). Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. *Enfermería Global*, 22(69), 134-166. Epub 20 de marzo de 2023. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.525191>

Global Health Data Exchange (GHDx). (2019) Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>

Goldfeld, Patricia RM, Soares, Luciana S, & Manfroí, Waldomiro C. (2015). Association of depression and stress in acute myocardial infarction: a case-control study. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 439-448. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.5>

Gómez-Pérez, Maricruz, Salvatierra, Benito, Sánchez-Ramírez, Georgina, & Ramírez-López, Dulce K.. (2023). Factores relacionados con la sintomatología depresiva en mujeres en edad reproductiva de Chiapas, México. *Acta universitaria*, 33, e3609. Epub 14 de agosto de 2023. <https://doi.org/10.15174/au.2023.3609>

González-Forteza, Catalina, Solís Torres, Cuauhtemoc, Jiménez Tapia, Alberto, Hernández Fernández, Itzel, González-González, Alejandro, Juárez García, Francisco, Medina-Mora, María Elena, & Fernández-Várela Mejía, Héctor. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud mental*, 34(1), 53-59. Recuperado en 28 de diciembre de 2022, de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01853325201100010007&lng=es&tlng=es.

González Robledo, Luz M., González Robledo M.C., Nigenda López Gustavo, Rodríguez Cuevas F.G., Serván Mori Edson,. Matus Cruz Roberto. (2022) Depresión y ansiedad en adolescentes de origen indígena de Chiapas, México. Primera edición, Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Cuernavaca, Morelos, México.

Granados Cosme, José Arturo, Gómez Landeros, Ofelia, Islas Ramírez, Marcos Ismael, Maldonado Pérez, Greg, Martínez Mendoza, Héctor Fernando, & Pineda Torres, Ana Michelle. (2020). Depresión, ansiedad y conducta suicida en la formación médica en una universidad en México. *Investigación en educación médica*, 9(35), 65-74. Epub 02 de diciembre de 2020. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.35.20224>

Heinze, Gerhard, Chapa, Gina del Carmen, Santisteban, José Arturo, & Vargas, Ingrid. (2012). Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. *Salud mental*, 35(4), 279-285. Recuperado en 11 de

agosto de 2024, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000400003&lng=es&tlng=es.

IMSS (2020). Depresión en el adulto mayor. <https://imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor> consultado el 20-07-2023.

IMSS (2023). Punta del Iceberg. <https://www.gob.mx/imss/articulos/la-punta-del-iceberg?idiom=es>. Consultado el 10 de enero del 2024

INCyTU (2018). Salud mental en México, Oficina de información Científica y tecnológica para el congreso de la Unión. México, Número 007, ENERO

INEGI (2021). Sociedad y demografía. Consultado en: <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>

INEGI (2023). Población total de los 10 países más poblados. Comunicado de prensa, Num. 395/23, Julio, pp2-6.

INSP (2023). Síntomas depresivos y atención a la depresión Fecha de última actualización: 13 enero, 2023.Consultadoen: <https://www.insp.mx/avisos/sintomas-depresivos-y-atencion-a-la-depresion>

Jiménez Tapia, Alberto, Wagner, Fernando, Rivera Heredia, María Elena, & González-Forteza, Catalina. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de

la CES-D. *Salud mental*, 38(2), 103-107. Recuperado en 29 de diciembre de 2022, de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252015000200004&lng=es&tlng=es.

Lara Ma. Asunción, Patiño Pamela, Navarrete Laura, Nieto Lourdes, (2022) Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. Consultado en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf>.

Leyva Haza, Julio, & Guerra Véliz, Yusimí. (2020). Objeto de investigación y campo de acción: componentes del diseño de una investigación científica. *EDUMECENTRO*, 12(3), 241-260. Epub 22 de junio de 2020. Recuperado en 27 de abril de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742020000300241&lng=es&tlng=es

López de la Parra, María del Pilar Marjan, Mendieta Cabrera, Danelia, Muñoz Suarez, Manuel Alejandro, Díaz Anzaldúa, Adriana, & Cortés Sotres, José Francisco. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud mental*, 37(6), 509-516. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-

Luna P., J.A., Guzmán C., J.A., Villalva, Á.F. y Sánchez B., J. (2022). Comparación de los niveles de ansiedad y depresión en los estados de Hidalgo, México y Baja California durante la pandemia de COVID-19. *Psicología y Salud*, 32(2), 305312. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2751>.

Llorente Pérez, Yolima Judith, Macea Tejada, Beatriz Adriana, & Herrera Herrera, Jorge Luis. (2019). Depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en una institución de IV nivel en Montería, Colombia. *Enfermería Global*, 18(56), 230-253. E.pub. 23 de diciembre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.354161>

Mascayano Tapia, Franco, Lips Castro, Walter, Mena Poblete, Carlos, & Manchego Soza, Cristóbal. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58. Recuperado en 16 de diciembre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008&lng=es&tlng=es.

Melipillán Araneda, Roberto, Cova Solar, Félix, Rincón González, Paulina, & Valdivia Peralta, Mario. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 59-69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>

Morales Chainé, Silvia, López Montoya, Alejandra, Bosch Maldonado, Alejandro, Beristain Aguirre, Ana, Escobar, Gisel G., Robles García, Rebeca, & López Rosales, Fuensanta. (2021). Condiciones Socioeconómicas y de Salud Mental durante la Pandemia por COVID-19. *Acta de investigación psicológica*, 11(2), 5-23. Epub 14 de enero de 2022. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.2.379>

Mori, N., & Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2), 86-90.

Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo* 31, 108-121.

Natera Rey, Guillermina; Callejas Pérez, Fransilvania; Barker, Scarlett; Little, Tariana V.; Medina Aguilar, Perla (2012). «Pa' qué sirvo yo, mejor me muero»: Hacia la construcción de la percepción de sintomatología depresiva en una comunidad indígena *Salud Mental*, vol. 35, núm. 1, enero-febrero, 2012, pp. 63-70 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México.

NOM (2014) NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

Consultado

en:

https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html

Obregón-Morales, Berea, Montalván-Romero, José C., Segama-Fabian, Edinho, Dámaso-Mata, Bernardo, Panduro-Correa, Vicky, & Arteaga-Livias, Kovy. (2020). Factores asociados a la depresión en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *Educación Médica Superior*, 34(2), . Epub 01 de junio de 2020. Recuperado en 31 de julio de 2024 ,

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412020000200013&lng=es&tlng=es

OIT (2022). *Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo: Tendencias 2022*. Ginebra Organización internacional del Trabajo, revisado en enero del 2024 en: (https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/trends2022/WCMS_848464/lang--es/index.htm,

OCDE (2021) *Health at a Glance 2021*, boletín, reporte de indicadores nov-2021.

OMS (2004) *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*.

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.

OMS (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza.

OMS (2021). Depresión, Temas de salud. WHO. World Mental Health
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

OMS (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2004). Invertir en salud mental, Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C., Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OPS (2012). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Consultado en:
<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

OPS (2023) Salud Universal, boletín informativo. consultado en:
<https://www.paho.org/es/temas/salud-universal#:~:text=El%20acceso%20universal%20a%20la,as%C3%AD%20como%20a%20medicamentos%20de>

OPS/OMS (2023). Objetivos de Desarrollo Sostenible, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Septiembre, consultado en: <https://www.paho.org/es/temas/objetivos-desarrollo-sostenible>

OPS (2024) Salud mental en atención primaria, boletín informativo consultado en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-atencion-primaria> (Mayo 2024).

Pérez-Padilla, Elsy Arlene, Cervantes-Ramírez, Víctor Manuel, Hijuelos-García, Nayeli Alejandra, Pineda-Cortés, Juan Carlos, & Salgado-Burgos, Humberto. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>.

Pocco, Kimberly. (2022). Un sistema experto para el diagnóstico del trastorno depresivo basado en redes neuronales. *Revista Cubana de Informática Médica*, 14(2), . Epub 01 de diciembre de 2022. Recuperado en 09 de agosto de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592022000200002&lng=es&tlng=es.

Provencal Estarellas, Maria. (2012). Laura Depresión en la vida urbana y en la vida rural. Repositorio institucional UIB. URI: <http://hdl.handle.net/11201/104> Fecha de publicación en el Repositorio: 2013-08-02.

Ramírez, Leslie Alejandra, Pérez-Padilla, Elsy Arlene, García-Oscos, Francisco, Salgado, Humberto, Atzori, Marco, & Pineda, Juan Carlos. (2018). Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quinurenina y el eje hipotálamo-

hipófiso-suprarrenal. *Biomédica*, 38(3), 437-450. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i3.3688>

Ramírez Vargas, X., Arias Leal, M., & Madrigal Zamora, S. (2020). Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Revista Medica Sinergia*, 5(9), e572. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.572>

RAE (2014). Real Academia Española. En Diccionario de la lengua española 23ava. ed.

Rivas M.G., Durán R.M., Jonapá V.H., Ruiz F., (2020). La depresión. Un problema de salud pública de las mujeres en Chiapas. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 19: 19-25, DOI: <http://dx.doi.org/10.29105/respyn19.2-3>

Restrepo Arango, Marcos, Emmanuel Sánchez-Díaz, María Camila Vélez-Peláez, Juan Sebastián Marín-Cárdenas, Lina María Martínez-Sánchez, Daniel Gallego-González. (2017). Trastorno depresivo mayor: una mirada genética, *Diversitas*, Universidad de Santo Tomás. *Perspectivas en Psicología*, vol. 13, núm. 2, pp. 279-294.

Rodríguez Chiliquinga, N. S., Padilla Mina, L. Álvaro, Jarro Villavicencio, I. G., Suárez Rolando, B. I., & Robles Urgilez, M. (2021). Factores de riesgo asociados a depresión y ansiedad por covid-19 (SARS-Cov-2). *Journal of American Health*, 4(1), 63–71. <https://doi.org/10.37958/jah.v4i1.64>

Rodríguez Jiménez Andrés, . Pérez Jacinto Alipio O. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento, *Revista EAN*, núm. 82, pp. 179-200, Cuba. DOI: <https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>

Rodriguez-Vargas, Malvin, Pérez-Sánchez, Lisandra, Marrero-Pérez, Yanela, Rodríguez-Ricardo, Annalié, Pérez-Solís, Dayana, & Peña-Castillo, Yuliet. (2022). Depresión en la tercera edad. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 26, . Epub 05 de abril de 2022. Recuperado en 11 de agosto de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100024&lng=es&tlng=es.

Romero D., Orozco L.A., Ybarra J.L., Gracia B.I., (2017). Sintomatología depresiva en el postparto y factores psicosociales asociados. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecología*, num. 82: 152-162. DOI:

<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000200009>

Rosas Santiago Francisco J., Rodriguez Perez Victor, Hernandez Aguilera Rosa D., Lagunes Cordoba Roberto. (2020) Estructura factorial de la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck II en población general del sureste mexicano. *Revista Salud Uninorte*, vol. 36, núm. 2, pp. 436-449.

Saenz-Miguel, Saulo, Runzer-Colmenares, Fernando M, & Parodi, José F. (2019). Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017. *Acta Médica Peruana*, 36(1), 26-31. Recuperado en 30 de diciembre de 2022, de:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172019000100005&lng=es&tlng=es.

Sanchez Villena Andy R., Farfan Cedrón E., De la Fuente Figuerola Valeria, Chavéz Ravines, Daryana. (2022) Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana, Num 6. Mes agosto, Acta colombiana de Psicología. DOI: [10.14718/ACP.2022.25.2.10](https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.2.10).

Santiago-Sanabria, Leopoldo, Ibarra-Gussi, Pamela María, Rendón-Macías, Mario Enrique, Treviño-Villarreal, Paulina, Islas-Tezpa, David, Porras-Ibarra, Gina Daniela, & Tienhoven, Ximena van. (2023). Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecología y obstetricia de México*, 91(4), 227-240. Epub 31 de agosto de 2023. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456>

Salinas Viviana Angelica (2020). Depresión en adultos mayores: prevalencia y factores de riesgo psicosocial en entornos rurales y urbano de la provincia de Misiones, Argentina. *Apuntes Universitarios*, Vol: 10(4), octubre-diciembre. Argentina.

Secretaria de salud (2014). Programa específico de acción específico de salud mental, 2013-2018. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

SEDESA (2022) Boletín Informativo consultas en salud mental. Consultado en: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/boletines/12ene2022-otorga-sedesa-129-mil-967-consultas-en-modulos-de-salud-mental-durante-pandemia-por-covid-19>

SEGOB. (2015). La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones. Biblioteca mexicana del conocimiento, 2da edición. México.

SEGOB (2019). Fortalece sector salud acciones para prevenir enfermedades mentales <https://www.gob.mx/salud/prensa/fortalece-sector-salud-acciones-para-prevenir-enfermedades-mentales>. Consultado el 10 de marzo del 2023.

SEGOB (2022). Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024, Comisión Nacional Contra las Adicciones Servicios de Atención Psiquiátrica. México.

SSM (2022). Atención a la salud mental y a las adicciones, eje central de la salud en Michoacán consultado en: salud.michoacan.gob.mx/atencion-a-la-salud-mental-y-a-las-adicciones-eje-central-de-la-salud-en-michoacan/

Vargas Cordero, Z. R., (2009). La investigación aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación*, 33 (1), 155-165.

Vargas Terrez B. Valerio Villamil S. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Rev. Salud mental*. Vol.39, No.1, enero-febrero.

Vázquez-Salas, A., Hubert, C., Portillo-Romero, A., Valdez-Santiago, R., Barrientos-Gutiérrez, T., & Villalobos, A. (2023). Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut 2022. *Salud Pública De México*, 65, s117-s125. <https://doi.org/10.21149/14827>

Veiga de Cabo, Jorge, Fuente Díez, Elena de la, & Zimmermann Verdejo, Marta. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. Vol 54(210), 81-88. Recuperado en 29 de

abril de 2023, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&tIng=es.

Wagner, Fernando A., González-Forteza, Catalina, Sánchez-García, Sergio, García-Peña, Carmen, & Gallo, Joseph J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11. Recuperado en 28 de diciembre de 2022, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252012000100002&lng=es&tIng=es

Zisook S, Rush AJ, Leseer I, et al. (2007). Preadulti onset VS. Adult onset of mayor depresión disorder: A replication Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 115(3):196-205.

Apéndice A: inventario de depresión de Beck y preguntas sobre disponibilidad de servicios de salud mental.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:.....

Sexo..... Ocupación

Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a. Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual.

3^a. Duermo la mayor parte del día.

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3^a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

0-13	mínima depresión;
14-19	depresión leve;
20-28	depresión moderada;
29-63	depresión grave.

Preguntas en relación a servicios de salud disponibles.

II.- RESPONDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ACERCA DE LA
DISPONIBILIDAD Y ACCESO AL SISTEMA DE SALUD EN TU COMUNIDAD.

MARCA LA OPCION QUE SE TE PIDE, PUEDE SER MAS DE UNA OPCION.

1.-¿A QUE TIPO DE SERVICIO MEDICO TIENES ACCESO EN TU
COMUNIDAD?

SEGURIDAD SOCIAL (IMSS, ISSTE, PEMEX, SEDENA ETC)	
SERVICIOS PUBLICOS SALUD (SECRETARIA DE SALUD, CENTROS DE SALUD, CLINICAS BIENESTAR)	
SERVICIOS MEDICOS PRIVADOS	
NINGUNO	

2.-¿HAY SERVICIO PSICOLOGICO Y/O PSIQUIATRICO (DE SALUD MENTAL)
EN TU COMUNIDAD?

SI_____ NO_____ NO LO SE_____

CURRICULUM VITAE

Mtro. Vargas Ramírez Joel Francisco

Originario de Irapuato Guanajuato, México, realizó estudios profesionales en la Ciudad de México como Médico Cirujano en la Facultad de estudios Superiores Zaragoza de la U.N.A.M., más tarde adquiere el Grado de Maestro en Ciencias de la salud Pública con título expedido por la (U.A.T) Universidad Autónoma de Tlaxcala. La investigación presentada:

“ DEPRESION: DISPONIBILIDAD y ACCESO AL SISTEMA DE ATENCIÓN EN UNA COMUNIDAD RURAL Y URBANA DE MÉXICO.” Para aspirar al grado de Doctor en salud mental.

Su experiencia de trabajo ha girado principalmente alrededor del campo de la práctica clínica médica desde hace 20 años y la docencia en salud Pública desde hace 2 años.

Como cargo que actualmente ocupa, el Mtro. Vargas Ramírez Joel Francisco es director de la unidad Médica donde desarrolla su práctica Clínica como médico general, Médico Ultrasonografista, y Médico Colposcopista, la mayor parte del tiempo alternando con actividades de docencia en UNITEC y asesor médico en Centros de Adicciones para jóvenes de Alcohólicos Anónimos (AA), en la CDMX.

