

Depresión y ansiedad en adolescentes de origen indígena de Chiapas, México

Luz María González Robledo
María Cecilia González Robledo
Gustavo Nigenda López
Fátima Gabriela Rodríguez Cuevas
Edson Serván Mori
Roberto Matus Cruz

Universidad Autónoma del Estado de Morelos



Depresión y ansiedad en adolescentes de origen indígena de Chiapas, México

RESUMEN EJECUTIVO

Luz María González Robledo

María Cecilia González Robledo

Gustavo Nigenda López

Fátima Gabriela Rodríguez Cuevas

Edson Serván Mori

Roberto Matus Cruz



Esta publicación fue financiada por CONACYT mediante el proyecto de investigación número 291102 “Comunidades indígenas, cultural local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: análisis de una intervención comunitaria”.

*Depresión y ansiedad en adolescentes de origen indígena de Chiapas, México.
Resumen ejecutivo*

Luz María González Robledo, María Cecilia González Robledo,
Gustavo Nigenda López, Fátima Gabriela Rodríguez Cuevas,
Edson Serván Mori, Roberto Matus Cruz

Primera edición, agosto de 2022

D.R. © 2022, por los autores

D.R. © 2022, Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Av. Universidad 1001,
Col. Chamilpa, 62209
Cuernavaca, Morelos, México
publicaciones@uaem.mx
libros.uaem.mx

Edición, diseño y formación: Elizabeth Pérez Trigo

Diseño de portada: Lucero Sandoval

Imagen de portada: Pixabay

ISBN: 978-607-8784-72-1

DOI: 10.30973/2022/depresion-ansiedad-adolescentes-chiapas

Hecho en México



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

Hecho en México

Índice

Agradecimientos	7
Principales hallazgos y recomendaciones	9
Hallazgos	9
Recomendaciones	10
Introducción	13
Objetivos	14
Términos de referencia y metodología	17
Fase 1: Diagnóstico de la condición de los problemas de salud mental	19
Fase 2: Diseño e implementación de la intervención	20
Fase 3: Evaluación de la intervención.....	22
4.Resultados.....	25
Fase 1: Diagnóstico de la condición de los problemas de salud mental.....	25
Fase 3: Evaluación de la intervención.....	35
5.Consideraciones finales	39
6.Conclusión	41
Bibliografía	43

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a las autoridades de Salud del Instituto de Salud del Estado de Chiapas, a la organización de la sociedad civil Compañeros En Salud (CES, filial mexicana de la organización internacional sin fines de lucro *Partners in Health*), encabezada por la Dra. Valeria Macías, y a las comunidades, por abrirnos sus puertas y permitir el desarrollo del proyecto de investigación titulado *Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: análisis de una intervención comunitaria*.

En especial, agradecemos a los adolescentes que compartieron con el equipo de investigación sus experiencias y vivencias; a las líderes comunitarias que nos acogieron en sus casas y colaboraron con el equipo investigador durante el trabajo de campo; a los encuestadores, por su tiempo, dedicación y compromiso; al personal operativo de CES, por el apoyo logístico; al personal de salud de las clínicas de primer nivel de atención de CES; al Mtro. Saul Lara del Instituto Nacional de Salud Pública y a su equipo, por el cuidadoso trabajo de diseño, desarrollo y configuración electrónica de la encuesta a hogares, así por su apoyo en la capacitación a encuestadores y en el procesamiento de datos; a los estudiantes que realizaron sus tesis dentro del proyecto y, en particular, a las psicólogas Ana Cecilia Ortega Domínguez, Gisela Preciado Castillo, Noemí Prado Carillo y Andrea Avilés Ortega, por su entrega incondicional al trabajo con las comunidades.

Así mismo, agradecemos el apoyo financiero del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) a través del Fondo Institucional para el Desarrollo Científico, Tecnológico y de Innovación (FORDECYT-PRONACES) para el desarrollo de este proyecto de investigación con número 291102.

Finalmente, los autores quieren honrar la memoria del Dr. Paul Farmer, fundador de Compañeros En Salud y reconocido experto en temas de salud global, por el legado que dejó para todos los investigadores y promotores de la atención a la salud de poblaciones vulnerables en el mundo. Su deceso ocurrió durante la ejecución del proyecto.

I.Principales hallazgos y recomendaciones

Hallazgos

- Existe una alta prevalencia de condiciones de salud mental como la depresión y ansiedad en adolescentes que viven en comunidades marginadas de la región Sierra Mariscal y Frailesca de Chiapas.
- El contexto social, la pobreza, la falta de empleo y de oportunidades educativas, la violencia y los roles de género son algunos de los principales condicionantes de la depresión y los trastornos de ansiedad en la población adolescente indígena. Esta situación genera que, durante su crecimiento, se desenvuelvan en ambientes propicios para incurrir en más violencia, adicciones e, incluso, suicidios.
- La prevalencia de trastornos mentales es mayor en mujeres, en quienes los roles de género y las normas sociales pueden tener efectos negativos. Por otra parte, dichos roles obstaculizan la búsqueda de atención para este tipo de padecimientos por parte de los varones.
- 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 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 el sistema de salud y no ha brindado la suficiente importancia ni atención a dichos padecimientos.
- El sistema de salud no dispone de establecimientos ni personal capacitado para hacer frente a la demanda de servicios de salud

mental de la población. Esto es preocupante, debido a la creciente incidencia de enfermedades mentales en el país y en todo el mundo.

■ La capacitación del personal de salud de primer nivel lo habilita para proporcionar una mejor atención a los trastornos de depresión y ansiedad en adolescentes.

■ Involucrar a la comunidad en acciones educativas sobre los trastornos de depresión y ansiedad en adolescentes coadyuva a incrementar su detección temprana para ser referidos a los servicios de salud de primer nivel.

■ La pandemia por COVID-19 podría haber impactado en la salud mental, generando altos niveles de estrés, síntomas de ansiedad, depresión, entre otros, especialmente en grupos de riesgo, como la población indígena. Por otro lado, la pandemia ha limitado diversas actividades y servicios que brindaba regularmente el sistema de salud, lo que ha propiciado la prevalencia de personas con condiciones mentales no tratadas.

Recomendaciones

Dirigidas a mejorar la información en la población

■ Implementar campañas de comunicación social adaptadas culturalmente, con la finalidad de visibilizar la creciente prevalencia de problemas de salud mental (particularmente de depresión y trastorno de ansiedad) en adolescentes y adultos, así como su impacto sobre la calidad de vida de las personas.

■ Reclutar y capacitar voluntarios adolescentes miembros de las comunidades (mediante los centros de salud locales), para organizar actividades de educación básica sobre la salud mental de los adolescentes, en escuelas y espacios concurridos. Esto, con el objetivo de identificar signos de alarma en compañeros y referirlos a los centros de salud de atención primaria.

- Implementar intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental y los derechos humanos; el tamizaje y la atención oportuna a las personas con trastornos mentales, por parte de los centros de salud públicos y privados, e involucrar la participación de la comunidad y de diferentes sectores sociales (educativo, religioso, autoridades locales, etcétera).
- Adecuar los recursos educativos a las características geográficas, culturales y sociales de las comunidades indígenas y rurales, para la promoción del cuidado de la salud mental y de la perspectiva de género.
- Reforzar la información que se ofrece sobre el manejo de las emociones, prevención de adicciones y violencia, en el sector educativo de los niveles básico y medio superior, así como en las unidades de salud de primer nivel.

Dirigidos a mejorar la atención

- Capacitar y sensibilizar al personal de los centros de salud públicos y privados de primer nivel, para ampliar la cobertura de la atención a padecimientos de salud mental —como la depresión y los trastornos de ansiedad— en población adolescente, mediante el fortalecimiento de la información sobre factores de riesgo, signos y síntomas de depresión y ansiedad, detección oportuna, estrategias de diagnóstico y tratamiento.
- Fomentar la colaboración de la Secretaría de Salud con organizaciones internacionales y asociaciones civiles que trabajan en comunidades marginadas, con el propósito de brindar un servicio médico de calidad a las poblaciones vulnerables, aprovechando los recursos del sistema de salud público para satisfacer las necesidades críticas de la salud mental.
- Implementar el intercambio de tareas entre proveedores de salud, la formación de capacitadores locales y las intervenciones co-

munitarias, con el fin de subsanar la escasez de especialistas en salud mental, así como de servicios de salud dirigidos a la población adolescente vulnerable.

■ Contribuir a la creación de entornos y condiciones de vida saludables que propicien el desarrollo, atiendan las necesidades de la salud mental, protejan de factores de riesgo y proporcionen oportunidades educativas a niños y adolescentes indígenas.

■ Fortalecer los sistemas de información, registros, educación e investigación sobre la salud mental.

2.Introducción

A nivel global, 16% de la carga mundial de enfermedades en adolescentes está conformado por los trastornos de salud mental (WHO, 2022). De ellos, la depresión es la que cuenta con mayor morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años (WHO, 2022); el suicidio, como consecuencia, es la segunda causa de mortalidad en personas de 10 a 24 años (Miller y Prinstein, 2019).

La adolescencia es una etapa en la que suelen presentarse situaciones de riesgo que, quizá, contribuyan a desencadenar problemas de salud mental. Se estima que casi 25% de los adolescentes mexicanos padecen uno o más trastornos mentales, siendo los más frecuentes la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y el intento suicida (Benjet *et al.*, 2009; Secretaría de Salud, 2013). Sin embargo, la mayoría de estos problemas no son reconocidos ni tratados, lo que conduce a graves consecuencias en la vida adulta. Esta situación se agrava debido a la insuficiencia de servicios de atención mental para niños y adolescentes, sobre todo en poblaciones indígenas y rurales. Por todo esto, es necesario promover la salud mental de los adolescentes, así como protegerlos de experiencias críticas y desfavorables para su salud física y mental que puedan repercutir en su edad adulta (González-Fortaleza *et al.*, 2015).

El presente resumen documenta los principales resultados del estudio *Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: análisis de una intervención comunitaria*, en el cual se realiza un análisis integral del problema de depresión y trastorno de ansiedad de la población adolescente y joven de las regiones Sierra Mariscal y Frailesca de Chiapas, uno de los estados más pobres de México y con mayores carencias en la cobertura de servicios de salud (Conapo, 2020).

Es importante considerar que la planeación del estudio se realizó antes de la dispersión pandémica de COVID-19, y que el trabajo de campo tuvo que enfrentar esta circunstancia. Más allá de los problemas logísticos que tuvieron que ser resueltos, fue posible documentar los efectos que la COVID-19 tuvo sobre la población, además de la infección misma (Nicolini, 2020). Uno de los efectos mejor documentados fue que el confinamiento incrementó los problemas de salud mental en las poblaciones, particularmente, de jóvenes (Galiano *et al.*, 2020). Este aspecto, en su conjunto, debe ser tomado en consideración al momento de evaluar los resultados del presente trabajo.

Objetivos

General

Diseñar, implementar y evaluar una intervención con perspectiva de género, dirigida a ampliar la cobertura del primer nivel de atención, en relación con la salud mental, para la población joven y adolescente residente en comunidades de origen indígena en Chiapas, México.

Específicos

- Diagnosticar el estado actual, la percepción y los conocimientos de los problemas de salud mental de la población adolescente de origen indígena de la región objeto de estudio, tomando en cuenta las diferencias de género.
- Diseñar una intervención que contribuya a ampliar la cobertura de la atención a la salud mental para la población adolescente de origen indígena, que combine los hallazgos del diagnóstico previo, la realidad sociocultural de la población de interés y la capacidad de los prestadores de servicios de salud de primer nivel en el estado de Chiapas, todo ello, considerando las diferencias de género.
- Implementar la intervención diseñada en una muestra de uni-

dades de atención primaria en las que opera el modelo de trabajo de Compañeros En Salud.

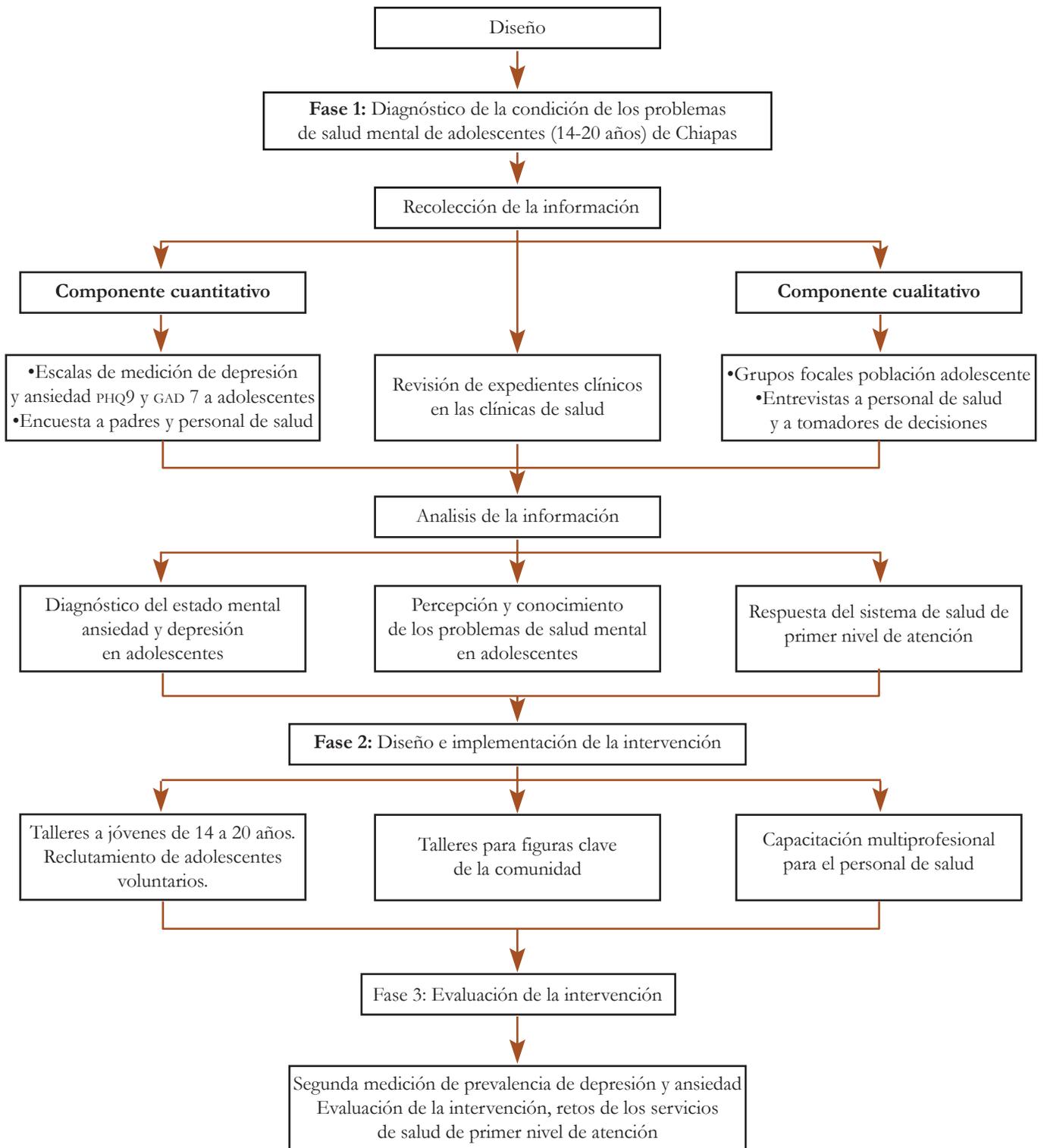
- Analizar la efectividad de la intervención implementada asociada con indicadores intermedios.

3. Términos de referencia y metodología

Se llevó a cabo el estudio evaluativo de una intervención con enfoque comunitario, para fortalecer la atención a la salud mental de adolescentes de 14 a 20 años, sin seguridad social. Los jóvenes fueron atendidos en diez centros de primer nivel operados por Compañeros En Salud, y cinco a cargo de los Servicios de Salud de Chiapas. El estudio se realizó en los municipios de Ángel Albino Corzo, La Concordia, Montecristo de Guerrero y Siltepec, ubicados en las regiones conocidas como la Frailesca y Sierra Mariscal, comunidades marginadas e inmersas en altos niveles de pobreza, escasa seguridad social y acceso limitado a servicios educativos y de salud. Estas comunidades son consideradas zonas indígenas.

El estudio comprendió tres etapas, cada una con duración de un año. En la primera, se realizó un diagnóstico de depresión y trastorno de ansiedad en población adolescente de 14 a 20 años. En la segunda etapa, se diseñó una intervención para mejorar la atención a la salud mental, dirigida al personal de salud de primer nivel, los mismos adolescentes y figuras clave de la comunidad (maestros, padres de familia, autoridades, figuras religiosas), en las localidades seleccionadas, con base en los hallazgos del diagnóstico previo. La tercera etapa consistió en la evaluación de la intervención tras doce meses de implementación.

Figura 1. Esquema: fases del estudio



Fase I: Diagnóstico de la condición de los problemas de salud mental

Se realizó una medición basal a partir de métodos cuantitativos y cualitativos, con el fin de diagnosticar el estado actual, la percepción y los conocimientos de los problemas de salud mental en población adolescente de origen indígena, considerando las diferencias de género. Para ello, se tomaron en cuenta tres tipos de población: a) adolescentes entre 14 y 20 años, b) sus padres o tutores y c) personal de salud (en contacto con población y tomadores de decisiones).

Se realizaron encuestas en los hogares con el fin de indagar sobre las características sociodemográficas, condiciones y experiencias de vida de los adolescentes, y sus conocimientos generales sobre trastornos mentales; a continuación, personal entrenado para ello aplicó las escalas de medición de depresión, PHQ-9, y ansiedad, GAD-7. En los hogares con adolescentes tamizados positivamente para trastorno de ansiedad y depresión, se realizó la confirmación diagnóstica por parte de personal médico capacitado.

En cuanto al componente cualitativo, se entrevistó a tomadores de decisiones y personal de salud sobre temas relacionados con la disponibilidad, accesibilidad y calidad de la atención a la salud mental para adolescentes, y sobre aspectos de discriminación y estigma en contra de los pacientes con trastornos mentales. Los adolescentes se dividieron en grupos focales, mujeres y hombres por separado, con el fin de obtener información sobre sus conocimientos, percepciones, experiencias y necesidades relacionados con la salud mental diferenciadas por sexo.

Todos los participantes firmaron una carta de consentimiento y asentimiento informado, y se les explicaron las condiciones y derechos de su participación en el estudio. El protocolo de la fase 1 fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública, así como por la Comisión de Bioética del Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Cuadro 1. Descripción de los informantes

Componente cuantitativo		
Tipo de informante	Núm. de participantes	Descripción
Adolescentes de zonas rurales del estado de Chiapas	2082	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mujeres de 14-20 años: 1110 ■ Hombres de 14-20 años: 972
Componente cualitativo		
Tipo de informante	Núm. de entrevistas	Descripción
Tomadores de decisiones	5	<ul style="list-style-type: none"> ■ Funcionarios del Hospital Psiquiátrico de Tuxtla Gutiérrez: 3 ■ Coordinadora del programa de salud del adolescente del Instituto de Salud del Estado de Chiapas: 1 ■ Director de la osc Compañeros En Salud: 1
Prestadores de servicios de centros de salud	3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médico:1 ■ Enfermera: 1 ■ Psicóloga clínica: 1
Grupos focales de adolescentes	16 (135 participantes)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 8 grupos con la participación de 73 mujeres de 14-20 años ■ 8 grupos con la participación de 62 hombres de 14-20 años

Fase 2: Diseño e implementación de la intervención

Con base en los resultados de la etapa diagnóstica, se diseñó una intervención comunitaria con perspectiva de género, dirigida a prevenir trastornos emocionales y mejorar la atención a la salud mental. Ésta incluyó la capacitación de tres grupos de la población: a) jóvenes de 14 a 20 años, b) figuras de la comunidad (autoridades locales, figuras religiosas, maestros, padres y madres de familia), y c) multiprofesional para el personal de salud.

La intervención fue diseñada mediante la combinación de la realidad sociocultural de la población y los conocimientos y habilidades de los prestadores de salud en el estado de Chiapas. Las capacitaciones se centraron en tres aspectos, principalmente: 1) brindar información a los adolescentes y figuras clave de la comunidad por medio de talleres psicoeducativos con perspectiva de género, para aumentar los conocimientos y, así, prevenir la depresión y el trastorno de ansiedad en población joven; 2) realizar detecciones tempranas de depresión y trastorno de ansiedad en adolescentes a través de sus pares (adolescentes voluntarios capacitados), figuras clave de la comunidad y el personal de salud de las clínicas de CES, y 3) proveer tratamiento farmacológico y no farmacológico para el paciente, en las clínicas de salud seleccionadas, y hacer referencias oportunas a los niveles de atención correspondientes, de acuerdo con los lineamientos de la Secretaría de Salud de Chiapas.

Tanto para los adolescentes como para las figuras clave de la comunidad, se programaron nueve sesiones de capacitación a lo largo del año, cada una con un tema diferente, una vez cada seis semanas. Después de la tercera sesión, se suspendieron temporalmente las capacitaciones, debido al confinamiento decretado por el gobierno federal a causa de la pandemia por SARS-COV-2. Sin embargo, se diseñaron materiales psicoeducativos y actividades ocupacionales para que los adolescentes las desarrollaran en sus hogares durante el confinamiento, con el fin de cuidar su salud mental y brindar

información sobre la COVID-19. En el segundo semestre de 2020, se retomaron las capacitaciones, atendiendo estrictamente los protocolos de prevención y sana distancia establecidos por las autoridades de salud, lo que extendió el tiempo de la intervención hasta finales de 2020. Se preparó y entregó a los adolescentes material didáctico diseñado ex profeso para la intervención.

La capacitación del personal de salud (pasantes de servicio social de medicina, enfermería, auxiliares de salud) consistió en una sesión de una hora, cada seis semanas, y se complementó con un curso intensivo de ocho horas sobre violencia e intervención en crisis. La capacitación abordó temas como: 1) prevención, detección y tratamiento de enfermedades mentales en adolescentes (con énfasis en depresión y trastorno de ansiedad), y cómo incluir las redes de apoyo en el tratamiento; 2) aplicación de herramientas de terapia breve con adolescentes (*rappport*, entrevista motivacional, terapia cognitivo conductual, atención plena, enfoque humanista y cierre), y 3) manejo de tratamiento farmacológico basado en las guías clínicas del CENETEC y en algoritmos de mhGAP (OMS) referentes al tratamiento de la depresión y trastornos de ansiedad en lugares con pocos recursos (ésta última solamente para médicos). Las sesiones fueron desarrolladas por el equipo de salud mental de Compañeros En Salud.

Los protocolos de la fase 2 y 3 fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación, de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, así como por la Comisión de Bioética del Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Fase 3: Evaluación de la intervención

Una vez terminadas las intervenciones, nuevamente se realizó el levantamiento de datos, con las mismas escalas e instrumentos de recolección de información, a adolescentes y prestadores de servicios de salud, tal y como se llevó a cabo en la etapa diagnóstica. Ahora, con el fin de observar si se presentaron cambios respecto a las condiciones iniciales y los principales hallazgos sobre el

acceso a la detección de depresión y trastornos de ansiedad de los adolescentes en las localidades intervenidas del estado de Chiapas.

El análisis de datos, inicialmente, se basó en la prevalencia de depresión y ansiedad en la población estudiada, así como en la descripción de los principales condicionantes sociales de estos trastornos. Posteriormente, se evaluó el resultado de la intervención implementada mediante la estimación de un modelo de diferencias en diferencias (Dif-en-Dif), técnica que permite medir el efecto sobre la variable de respuesta cuantitativa, la detección de depresión y trastornos de ansiedad.

4. Resultados

Fase I: Diagnóstico de la condición de los problemas de salud mental

Diagnóstico del estado de salud mental de la población adolescente (componente cuantitativo)

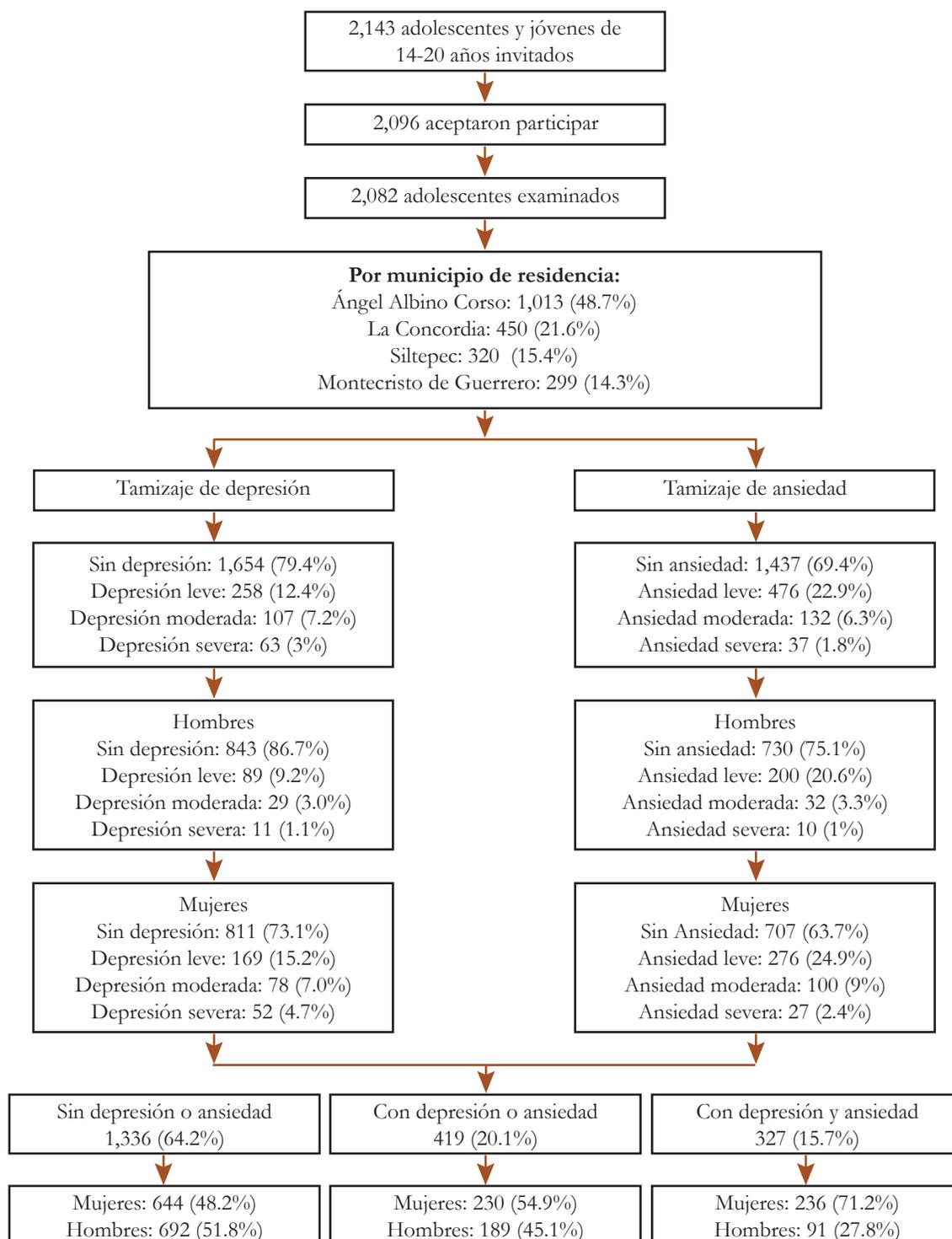
En el levantamiento de información de la línea de base en 2019, se observó una alta prevalencia de condiciones de salud mental (depresión y ansiedad) en jóvenes que viven en comunidades rurales de la región Sierra Mariscal y Frailesca. De un total de 2082 adolescentes encuestados y tamizados (población censal), 35.8% (746) refirió algún nivel de depresión o síntomas de ansiedad; de estos, 13.5% dieron positivo para depresión, 42.6% para ansiedad, y 43.8% para ambos padecimientos, presentándose con mayor frecuencia entre las mujeres. Al respecto, los adolescentes señalaron que las mujeres son más propensas a tener depresión o ansiedad por *ser más sentimentales, más débiles o más delicadas*. Sin embargo, también reconocen que ellas son más susceptibles a vivir violencia de género; que tienen una carga laboral no valorada ni remunerada y que en las comunidades hay más barreras para que ellas tomen decisiones, mostrando así cómo los roles de género y las normas sociales afectan negativamente a las mujeres. Por su parte, los hombres recurrieron menos a los servicios de salud comunitarios y de primer nivel.

De los adolescentes con tamiz positivo de depresión o ansiedad, 100%, 56% y 13% reportaron haber consumido al menos un cigarrillo, alcohol o drogas en su vida, respectivamente. Cabe destacar el alto porcentaje de adolescentes con resultados positivos para ambos trastornos que declararon haber intentado suicidarse (32.1%). Estos, a su vez, presentan barreras para acceder a los servicios de salud mental, puesto que más de 16% de dichos adolescentes reportaron no tener un seguro médico, poco menos de 78% señalaron contar con Seguro Popular (ya desaparecido)

y sólo 6% de los examinados habían sido previamente diagnosticados con un trastorno mental en algún establecimiento de salud.

Las experiencias de vida adversas (carencias, falta de cuidado o abandono, violencia familiar, abuso sexual, separaciones, divorcios, falta de afecto, baja autoestima, alcoholismo o drogadicción en algún miembro de la familia) y el género están asociados con los síntomas de depresión y ansiedad entre la población adolescente estudiada. Además, su condición está determinada, en gran medida, por las circunstancias sociales y estructurales tales como la pobreza; falta de empleo y oportunidades educativas; infraestructura rudimentaria para los servicios básicos de salud y educación; las normas sociales y religiosas que rigen estas comunidades, estableciendo diferentes roles y patrones de comportamiento para hombres y mujeres; el estigma asociado con una condición mental; la violencia y el abuso de sustancias. Estos factores pueden estar asociados a cuadros de depresión y ansiedad, limitando las opciones y expectativas de vida de los adolescentes.

Figura 2. Esquema: tamizaje de depresión y ansiedad en adolescentes



Percepción y conocimientos de los problemas de salud mental en adolescentes (componente cualitativo)

La salud mental es percibida por los adolescentes en función de su estado anímico, es decir, son saludables las personas que se ven *contentas* o *felices*. Para ellos, las enfermedades mentales entran en una categoría diferente a las enfermedades *comunes*; se las asocia con padecimientos que provienen de los *nervios*, y son percibidas en personas que se muestran preocupadas, desesperadas o que no tienen ganas de vivir.

Además, como parte de los modelos explicativos (Kleinman *et al.*, 1978) que condicionan los problemas de depresión y trastornos de ansiedad, se adicionan problemas escolares (*bullying*) y otros factores, como deambular en horas nocturnas cerca de los panteones y encontrarse con seres sobrenaturales.

Los adolescentes conceptualizan la depresión como un padecimiento que se siente en el cuerpo y que se puede describir como un *vacío* o un *miedo*; para describirlo utilizan expresiones como: sentirse triste, pensativo, culpable, no sentirse cómodo, estar sin ganas de hacer algo o no encontrarle sentido a la vida.

Por su parte, la ansiedad es percibida como aquella situación en la que una persona no sabe cómo atender una acción apremiante que le genera sensaciones de *sin sentido*, *desespero* o *preocupación*; puede ser vista en aquellas personas que se muestran preocupadas, desesperadas, o que no tienen ganas de vivir. Ambas condiciones se asocian con el suicidio y el abuso de sustancias como el alcohol.

De acuerdo con el testimonio de los adolescentes, beber alcohol es una práctica que está normalizada, siendo más común entre los varones, quienes inician a edades muy tempranas (a partir de los 12 años en algunas comunidades). En general, se tiene la creencia de que el alcohol sirve tanto para celebrar un evento social como para solucionar los problemas emocionales de los hombres. Esta normalización del abuso del alcohol facilita el acceso a las bebidas

embriagantes y, en algunos entornos, también propicia el consumo de otras sustancias como marihuana, cocaína, heroína y cristal.

En relación con la búsqueda de atención para estos padecimientos, los adolescentes señalan que son pocos los que han buscado la ayuda de un profesional de la salud, y la mayoría de los que visitaron a un psicólogo no continuaron con los cuidados clínicos por diversos motivos, entre los que se destacaron los obstáculos financieros y geográficos —por las distancias que deben recorrer—, y no así la falta de información o la cultura de las poblaciones marginadas, como frecuentemente se plantea.

Cuadro 2. Resultados del componente cualitativo

Categoría	Resultados
<p>Conocimientos, expresiones, creencias y valores sobre la salud y la enfermedad mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para los adolescentes, los trastornos mentales no entran en el rango de enfermedades normales. ■ Se aprecia una desvalorización del tema de la prevención y cuidado de la salud, particularmente en los adolescentes masculinos. ■ Las expresiones que se utilizan para referirse a personas con trastornos mentales son variadas como: <i>estar loco, estar trastornado o estar enfermo de la cabeza</i>. ■ Se atribuye la mayor incidencia de depresión a las mujeres, debido a que son consideradas más sensibles por naturaleza o de <i>sangre débil</i>. ■ En el caso de la salud mental son pocos los adolescentes que manifiestan haber asistido con un profesional, y muchos de los que lo hicieron no continuaron con la atención.
<p>Causas o detonantes de los trastornos mentales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problemas en el hogar (violencia doméstica, procesos de divorcio, abandono del hogar). ■ Abuso de sustancias. ■ Problemas escolares (<i>bullying</i>). ■ Problemas laborales. ■ Otros factores: deambular en horas nocturnas cerca de los panteones, encontrarse con el diablo, ver apariciones. ■ En las mujeres: ser más sentimentales, más débiles o más delicadas.

Manifestaciones de algún trastorno mental	<ul style="list-style-type: none">■ Percibir un mal estado anímico en otros: personas con la cabeza baja, sin ganas de hacer nada; personas que se aíslan, que rechazan el apoyo ofrecido por otros; irritables.■ Comportarse de manera diferente al resto; no interactuar con otros; actuar de forma violenta; hablar solo; generar argumentos incoherentes.■ Dejar de cumplir las labores sociales.■ Herirse a sí mismo.
Acciones para buscar ayuda o tratamiento para la depresión y ansiedad	<ul style="list-style-type: none">■ Acercarse a otros para platicar sobre problemas emocionales (papás, hermanas, tíos, amigos).■ Llevar a cabo actividades recreativas (deportes, videojuegos, dibujar, chatear).■ Esperar a que la sensación desagradable se pase poco a poco, ya sea estando solos en el campo o dando paseos nocturnos.■ Beber alcohol.
Discriminación, exclusión o ayuda hacia las personas con sintomatología depresiva o ansiosa	<ul style="list-style-type: none">■ El rechazo y exclusión al ignorar o apartarse de las personas catalogadas con enfermedades mentales.■ Evocar la enfermedad mental provoca risas y juegos entre los adolescentes hombres, también expresan burlas en las narrativas en torno al tema del suicidio.■ La mayoría de los adolescentes no quieren verse involucrados en la vida de personas con trastornos mentales, a otros les gustaría ayudarlas pero no saben cómo hacerlo.

Fase 2: Implementación de la intervención comunitaria

Se impartieron talleres a adolescentes de 14 a 20 años y a figuras clave de la comunidad, y se capacitó al personal de salud de primer nivel en relación con la atención a la salud mental (particularmente en depresión y trastornos de ansiedad). Estas intervenciones educativas, así como la organización de tareas entre proveedores de salud (conocida como *task-sharing*), la formación de capacitadores locales y el involucramiento de figuras de la comunidad contribuyeron a disminuir la escasez de personal capacitado para atender la salud mental, y la falta de idoneidad de los servicios actuales dirigidos a la población adolescente.

Un total de 254 jóvenes (55% mujeres) y 80 figuras clave de la comunidad (75% mujeres) fueron beneficiados por los talleres psicoeducativos. Cada taller inició con una actividad para introducir el tema. En ellos se fomentó que los participantes compartieran experiencias y realizaran preguntas; mediante un intercambio entre *iguales*, se compartieron saberes ya existentes y se generaron nuevos conocimientos. En el cierre, los participantes podían compartir experiencias personales y reflexionar acerca de la práctica de los temas vistos. Se procuró que, en todos los talleres, se analizara, de forma crítica, la condición de género en la salud mental de los adolescentes, abriendo espacios para formar masculinidades alternativas y, a la vez, contribuir con prácticas de equidad que no vulneren a las mujeres, con la finalidad de abonar a la transformación de las dinámicas de género en la comunidad.

Entre los logros de los talleres se destacan, por una parte, que los participantes cuestionaron estigmas, fomentaron relaciones de apoyo mutuo y aprendieron de las experiencias de los demás; y, por otra parte, la aceptación y utilidad de los materiales de apoyo entregados a los adolescentes para la consulta.

En cuanto a la capacitación del personal de salud, de acuerdo con lo manifestado por ellos mismos, el equipo logró desarrollar nuevas y mejores habilidades para hacer preguntas abiertas, interrogar a los pacientes para identificar signos de alerta, validar las emociones, guiar al paciente para generar un cambio, atender a los pacientes durante una crisis y enseñarles técnicas de relajación. Adicionalmente, se incrementaron sus conocimientos sobre la ansiedad y depresión en la adolescencia, y aprendieron a abordar estos problemas de manera biopsicosocial. Al final de las capacitaciones, los participantes también fueron capaces de relacionar la ansiedad y depresión con factores sociales, por ejemplo, la violencia de género, situación que, de acuerdo con ellos, era una de las razones más comunes por las que las mujeres llegaban a consulta de salud mental. Finalmente, el personal de salud señaló “sentir mayor seguridad para tratar la depresión y la ansiedad”.

A partir de las intervenciones educativas en el ámbito comunitario, se logró identificar a algunos adolescentes con signos y síntomas de depresión o ansiedad, quienes fueron referidos o acompañados, por sus pares o por figuras clave de la comunidad, a las clínicas de primer nivel. En total, fueron referidos 56 adolescentes, de los cuales, 19 recibieron confirmación diagnóstica para depresión, ansiedad o ambas condiciones, y fueron atendidos por personal de salud de las clínicas de CES. Durante el período de la intervención, no hubo necesidad de referir a ninguno de los adolescentes a niveles especializados.

El mayor reto que se presentó para la ejecución de la segunda fase fue el inicio y progresión de la pandemia por la COVID-19, lo cual disminuyó y limitó varias de las actividades grupales planeadas. Se identificó un aumento del número de personas con estrés, por lo que se adicionaron temas para abordar aspectos relacionados con la COVID-19 y la salud mental, así como primeros auxilios psicológicos.

Cuadro 3: Actividades realizadas en la fase 2

Intervención	Actividades realizadas
Intervención comunitaria para jóvenes de 14 a 20 años	Reclutamiento, capacitación y supervisión de apoyo a adolescentes voluntarios de 14 a 20 años para proveer psicoeducación básica sobre salud mental a adolescentes pares en las escuelas y espacios concurridos por jóvenes; identificación de signos de alarma en pares y referencia a la clínica de atención primaria. Talleres comunitarios con perspectiva de género impartidos a los adolescentes, compuestos por una parte teórica y una práctica con materiales didácticos acorde al contexto de las comunidades rurales de Chiapas.
Taller para figuras de la comunidad	Talleres a maestros, padres, madres, autoridades locales y figuras religiosas en escuelas y puntos de reunión de la comunidad, en los que se informó a familias sobre temas de salud mental, manejo de relaciones con adolescentes, signos de alarma y más.
Capacitación multi-profesional para el personal de salud	Capacitaciones para el tamizaje de ansiedad y depresión, la adquisición de habilidades para diagnosticar, tratar y dar seguimiento a los adolescentes, realizadas por el equipo de salud mental de CES. Se entregaron recursos materiales informativos como apoyo durante la consulta con jóvenes, y se adaptó el expediente médico electrónico para la recolección de datos.

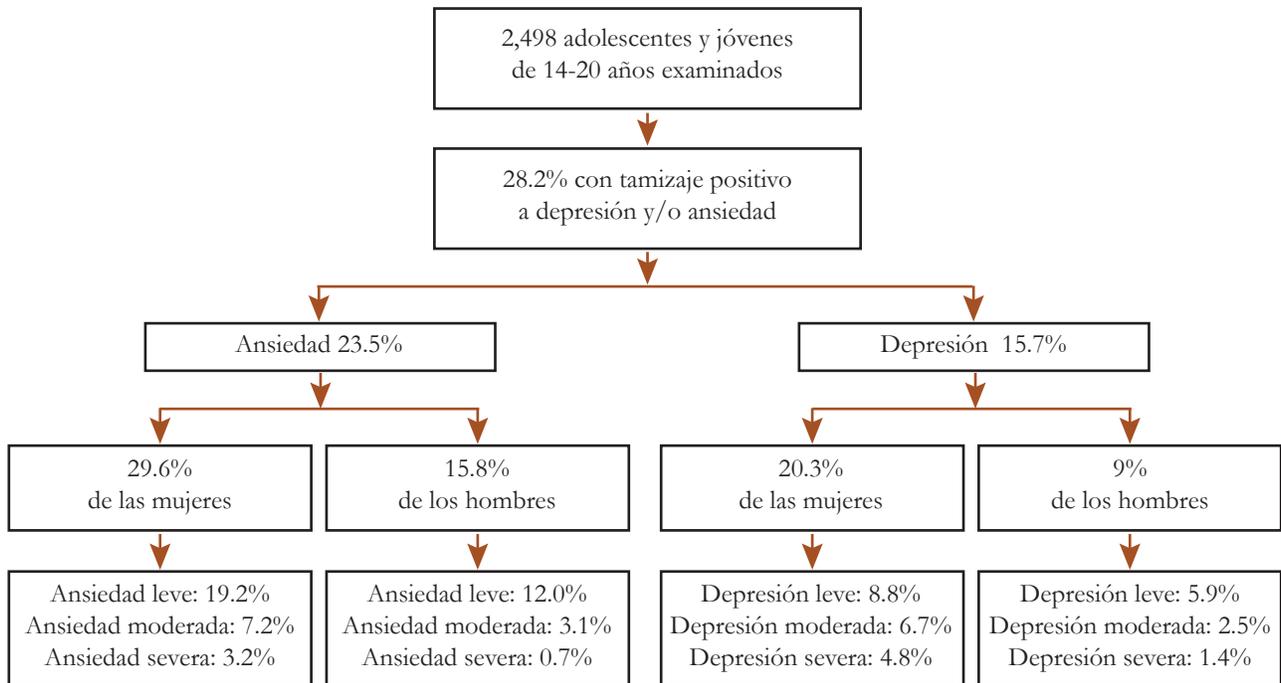
Fase 3: Evaluación de la intervención

Prevalencia de trastorno de ansiedad y depresión: segunda medición

Es esta fase se realizó un segundo levantamiento de encuestas en hogares, acompañado del tamizaje para depresión y trastornos de ansiedad en la población adolescente, con el objetivo de estimar el efecto potencialmente atribuible a la intervención implementada en las comunidades de estudio, componente esencial de la CE. Este levantamiento se realizó entre octubre y diciembre de 2021.

De los 2498 adolescentes entrevistados, 15.7% tuvo tamizaje positivo de depresión y 23.5% de ansiedad, siendo las mujeres quienes registraron la mayor prevalencia de ambos padecimientos. Sólo 12% de los adolescentes tamizados tenía un diagnóstico previo por parte del personal de salud. El género, el uso de sustancias, las experiencias adversas y las condiciones de vida son determinantes en la presencia generalizada de depresión y trastorno de ansiedad en los adolescentes, lo cual afecta su calidad de vida.

Figura 3. Prevalencia de trastorno de ansiedad y depresión: segunda medición



Caracterización de la población de intervención y comparación

En la medición basal, los adolescentes de ambos grupos (comparación -n=1,456- e intervención -n=523-) fueron similares en edad (promedio de 16 años) y porcentaje de mujeres (53%), no así en la escolaridad, destacando diferencias entre el nivel de secundaria (35.7% vs. 49.3%), y media superior y superior (58.7% vs. 43.2%).

Cuadro 4. Características basales generales de los adolescentes estudiados de acuerdo con el grupo de intervención

	G. C. ¹	G.I. ²	Valor P
	n = 1,546	n = 523	
Años de edad (media \pm error estándar)	16.3 \pm 0.01	16.4 \pm 0.09	0.487
Mujer, %	53.2	53.3	0.975
Escolaridad, %			
Ninguna o primaria	5.6	7.5	<0.001
Secundaria	35.7	49.3	
Media-superior o superior	58.7	43.2	
Opinión sobre problemas de salud mental, %			
Es normal que una persona esté triste, desesperada, preocupada demasiado o le cueste trabajo estar tranquila constantemente	27.9	31.9	0.026
Considera estos síntomas una enfermedad	77.1	85.1	<0.001
Cree importante darles atención a estos síntomas	91.2	92.7	0.377
Ha intentado suicidarse o ha intentado quitarse la vida, %	7.3	10.8	0.007

¹ G.C. Grupo comparación

² G. I. Grupo intervención

El porcentaje de adolescentes que consideró normal que una persona esté triste, desesperada, preocupada demasiado, o le cueste trabajo estar tranquila constantemente, y que piensa que es importante atenderla fue similar en ambos grupos. No así, el por-

centaje que consideró que estos síntomas fuesen una enfermedad (77% en el grupo comparación *vs.* 85% en el grupo intervención). La prevalencia cruda de depresión o ansiedad, depresión y ansiedad fue similar en ambos grupos de adolescentes (25%, 21% y 31%, respectivamente).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y control en cuanto a la presencia de depresión y trastornos de ansiedad, probablemente explicados por el efecto de la pandemia de la COVID-19 durante las fases de intervención y evaluación de ésta (cuadro 5).

Cuadro 5. Prevalencia cruda basal de tamizaje positivo de depresión y/o ansiedad de acuerdo con el grupo de intervención

	G. C. ¹ n = 1,546	G. I. ² n = 523	Valor P
Diagnóstico			
Depresión y/o ansiedad, %	35.5	35.9	0.295
Depresión, %	21.0	18.4	0.929
Ansiedad, %	31.1	30.8	0.138

¹ G.C. Grupo comparación

² G. I. Grupo intervención

Análisis del modelo de diferencia en diferencias

Los resultados del modelo de diferencia en diferencias estimado, tras controlar el ajuste realizado por las covariables descritas en el apartado metodológico, se asociaron con un incremento de 10.4 puntos porcentuales ($P < 0.01$) en la detección de depresión y ansiedad; 10.7 ($P < 0.001$) en la detección de depresión, y 6.96 ($P < 0.05$) en la detección de ansiedad. Esto indica que la intervención incrementa la probabilidad de detectar los problemas de salud de interés.

5. Consideraciones finales

Las acciones emprendidas a partir de la intervención comunitaria implementada se asociaron con:

- un incremento en la detección de casos de ansiedad y depresión;
- mayor conciencia y soporte de las comunidades para el apoyo de los trastornos mentales;
- personal de salud entrenado para atender depresión y trastornos de ansiedad en adolescentes.

Este es uno de los primeros estudios que se llevan a cabo en México para medir la prevalencia de dos padecimientos mentales (depresión y trastornos de ansiedad), con una intervención comunitaria educativa asociada a poblaciones adolescentes rurales, a fin de generar líneas de acción para desarrollar modelos de atención dirigidos a este tipo de poblaciones. Como se sabe, en México, dicho modelo está basado en la capacidad diagnóstica y terapéutica de niveles intermedios, mientras que el nivel primario básicamente no cuenta con esta capacidad (Saavedra *et al.*, 2016) existe poca experiencia en el desarrollo de modelos en atención primaria en salud mental.

La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales mostraron ser estrategias efectivas para mitigar y reducir la incidencia de estos problemas, mientras que las acciones orientadas a detectarlos y atenderlos oportunamente han mostrado ser efectivas en el abordaje de los trastornos mentales. Estos resultados apuntan a la necesidad de impulsar intervenciones participativas en la promoción, prevención, detección y tratamiento de trastornos mentales en adolescentes de manera oportuna, en las que ellos mismos puedan tomar conciencia y ser agentes de su propia salud. Asimismo, apuntan a estrategias intersectoriales (desarrollo social, educación, salud, jurídico-legal, comunicaciones y transpor-

te, etcétera) que incidan en aquellas estructuras sociales, políticas y económicas de México que determinan si las poblaciones carecen o no de salud mental. Todo ello, con el objetivo de crear mayor equidad en relación con la salud.

6. Conclusión

En la búsqueda de alternativas para lidiar con los problemas de salud mental de la población adolescente del país que habita en poblaciones rurales, es importante considerar la necesidad de innovar en las opciones disponibles, ya que los recursos del sistema de salud (recursos humanos, medicamentos, capacidad diagnóstica y terapéutica) son escasos (CDI, 2014). Por lo tanto, partir de un diagnóstico claro y de sus determinantes es clave. La combinación de métodos elegida en este estudio nos ha permitido generar una masa crítica de información, fundamental para el diseño de intervenciones. Las cuales se han centrado en la participación de los actores sociales, principalmente de los jóvenes, a fin de que esta integración activa los lleve a tomar conciencia del papel de los determinantes sociales estructurales y culturales en la salud mental, para así ser agentes de su propia salud.

Bibliografía

- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 32(2), 155-163.
- CDI. (2014). *Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014 – 2018*. México, CDI.
- Conapo. *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2020. Nota técnico-metodológica*. Diciembre de 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/685354/Nota_te_cnica_IMEyM_2020.pdf
- Galiano Ramírez, M., Prado Rodríguez, R. y Mustelier Bécquer, R.. (2020). Salud mental en la infancia y adolescencia durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Pediatría*, 92.
- González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre A., Vacio-Muro M., Peralta, R. y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 72(2), 149–155.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. y Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251–258.
- Miller, A. y Prinstein, M. (2019). Adolescent Suicide as a Failure of Acute Stress-Response Systems. *Annual review of clinical psychology*, 15, 425-450. doi: 10.1146/annurev-clinp-sy-050718-095625. Epub 2019 Feb 20. PMID: 30786243; PMCID: PMC6953613.
- Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y cirujanos*, 88(5), 542-547.

- Saavedra Solano, N., Berenzon Gorn, S. y Galván Reyes, J. (2016). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atencion primaria*, 48(4), 258–264.
- Secretaría de Salud. (2013). *Salud Mental. Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. México: Secretaría de Salud.
- Thorne, S., Reimer Kirkham, S., y O’Flynn-Magee, K. (2004). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1). http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/3_1/pdf/thorneetal.pdf
- World Health Organization (WHO). *Adolescent mental health. Key facts*. Published 2021. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>

La depresión y el trastorno de ansiedad en adolescentes es un problema creciente en el mundo y en México. Estos padecimientos, junto con el abuso de sustancias y la ideación suicida, son los trastornos mentales más frecuentes en este grupo de edad. El problema adquiere dimensiones mayores en poblaciones pobres, marginadas y sin acceso a servicios de salud mental.

El resumen ejecutivo que aquí se presenta ofrece información sobre los principales resultados y recomendaciones derivadas de un proyecto de investigación realizado entre 2019 y 2021, el cual tuvo como propósitos realizar un análisis integral del problema de depresión y trastorno de ansiedad de la población adolescente y joven de 14 a 20 años de las regiones Sierra Mariscal y Frailesca de Chiapas (México); así como el diseño, implementación y evaluación de una intervención comunitaria, con perspectiva de género, dirigida a mejorar la cobertura de atención a la salud mental en el primer nivel para esta población.

Por la sencillez, claridad y extensión, este documento será de utilidad para una amplia audiencia que va desde profesionales de la salud, tomadores de decisiones, académicos, científicos, estudiantes de diversas disciplinas sociales y de la salud, hasta el público en general interesado en temas de salud mental en adolescentes y jóvenes.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

