

Título del Proyecto

de Investigación a que corresponde el Reporte Técnico:

Indicadores de salud mental en la población de Ciudad Juárez.
Reporte final

Tipo de financiamiento

Sin financiamiento

Autores del reporte técnico:

María Nieves González Valles
Alberto Castro Valles
María Elena Vidaña Gaytán

Indicadores de depresión, ansiedad e ideación suicida en la población de Ciudad Juárez México

Resumen

La confluencia e interacción de factores individuales, biológicos, de desarrollo y los de tipo contextual la salud mental de la población general se ve mermada, haciendo posible la aparición de trastornos mentales.

A través de un enfoque cuantitativo con diseño correlacional y temporalidad transversal, se analizaron indicadores de las variables de ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo e intento suicida en una muestra estratificada de 565 habitantes de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Se aplicó un instrumento elaborado por los autores en centros de reunión educativos, religiosos, comerciales y comunitarios según la zona de nivel de bienestar correspondiente durante los años 2017 y 2018.

Los resultados sugieren que, en población adulta juareense, existe una prevalencia de indicadores de ansiedad moderados del 35% en hombres y 36% en mujeres, además de indicadores significativos del 29% en hombre y 35% en mujeres, con diferencia estadística significativa en ansiedad general ($F=.325$, $sig.=.008$). Los indicadores de trastorno obsesivo compulsivo mostraron una prevalencia moderada del 16% en hombres y 20% en mujeres, mientras que 21% de los hombres y 20% de las mujeres resultaron en indicadores significativos sin diferencia estadística general. Finalmente existió prevalencia moderada del 5% en hombres y 4% en mujeres de indicadores de ideación suicida, así como el 1% en hombres y 1% en mujeres de indicadores significativos sin diferencia estadística en ideación suicida general.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, salud mental, suicidio

Abstract

The confluence and interaction of individual, biological, developmental and contextual factors, the mental health of the general population is diminished, making possible the appearance of mental disorders.

Through a quantitative approach with correlational design and transversal temporality, indicators of the variables of anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder and suicidal attempt were analyzed in a stratified sample of 565 inhabitants of Ciudad Juárez, Chihuahua.

An instrument developed by the authors was applied in educational, religious, commercial and community meeting centers according to the corresponding level of well-being during the years 2017 and 2018.

The results suggest that, in the adult population of Juárez, there is a prevalence of moderate anxiety indicators of 35% in men and 36% in women, in addition to significant indicators of 29% in men and 35% in women, with significant statistical difference in anxiety general ($F = .325$, $sig. = .008$). The compulsive observation disorder indicators showed a moderate prevalence of 16% in men and 20% in women, while 21% of men and 20% of women resulted in significant indicators without overall statistical difference. Finally, there was a moderate prevalence of 5% in men and 4% in women of suicidal ideation indicators, as well as 1% in men

and 1% in women of significant indicators without statistical difference in general suicidal ideation.

Key words: Depression, anxiety, mental health, suicide

Usuarios potenciales

Instancias e instituciones de los tres niveles de gobierno del sector salud

Psiquiatras, médicos, psicólogo y otros profesionales de la salud

Diseñadores de política pública en salud

Reconocimientos

A la Red de Organizaciones Dedicadas a la Salud Mental, Prevención y Atención de Enfermedades Psiquiátricas y por el Uso de Sustancias ROTMENAS

A los estudiantes que participaron en el trabajo de campo.

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental se define como el estado de bienestar que promueve el desarrollo de habilidades en los individuos, capacitándolos para afrontar eficazmente el estrés cotidiano, trabajar de modo productivo y fructífero contribuyendo positivamente a la comunidad donde se desenvuelve (OMS, 2004, p. 4). La violencia, la pobreza, el aumento en las adicciones, y otras problemáticas psicosociales tienen efectos aniquiladores en la salud mental de las personas alrededor del mundo colocándolas en riesgo de muerte (ICRC, 2018; Sandoval de Escurdia, y Richard-Muñoz, s.f.). En las últimas décadas, la región norte de México se ha caracterizado por altos índices de violencia social dada por las disputas entre grupos del crimen organizado y tráfico de drogas, homicidios y feminicidios, delitos de alto impacto como secuestros, extorsión, entre otros (Herrera-Robles, 2010; Banco Mundial, 2012). A ello se suma el estrés y otros problemas derivados de las políticas de deportación de migrantes de otras regiones del mundo que desean llegar a Estados Unidos, lo cual se vislumbra como un incremento de traumas y riesgos para trastornos mentales y físicos (de la Fuente, 2019). A partir de la confluencia e interacción de factores individuales, biológicos, de desarrollo y los de tipo contextual la salud mental de

la población general se ve mermada, haciendo posible la aparición de trastornos mentales (Souza y Machorro, 2007).

2. PLANTEAMIENTO

Antecedentes

Los problemas de salud mental generan costos importantes para los países estimados entre el 3% y el 4% del producto interno bruto en los países desarrollados (OMS, 2004). Generan discapacidad en la funcionalidad y adaptabilidad, pues estudios han revelado un promedio mayor a 27 días por año perdidos a causa de una afección mental (Posada-Villa & Trevisi, 2004), superando en ocasiones a las pérdidas por enfermedades físicas (Wagner, et al., 2012). Esta discapacidad, la morbilidad y mortalidad prematuras de los miembros de una sociedad impiden el desarrollo de los países (OMS, 2004; Madrigal de León, 2016). Por ello, la salud mental ha sido considerada necesidad básica y vital dentro de la salud pública de algunos países, y a partir de propuestas de modificación o creación de leyes, se inicia su inclusión en la agenda de políticas públicas en México (Posada-Villa & Trevisi, 2004; Sandoval de Escurdia, y Richard-Muñoz, s.f.).

En 2004 la OMS estimaba 450 millones de habitantes en el mundo con un trastorno mental, equivalente a una de cada cuatro familias con un miembro en esas condiciones. Los trastornos neurológicos y por el uso de sustancias han representado entre una carga mundial en enfermedades del 10% al 15% (CIRC, 2016). Las prevalencias estimadas en el mundo oscilan entre el 12.2% y 48.6% en el curso de la vida de una persona (Madrigal de León, 2016).

En países con altos índices de violencia se identifican prevalencias de consumo de alcohol en exceso del 12 al 21%, y abuso alcohol del 6 al 12%. Además, el trastorno mental con dos condiciones crónicas se estima en el 10%, mientras que con 3 diagnósticos se identifica al 17%, limitando actividades hasta en el 21% de los casos (MINSALUD, 2015). Incluso, en Colombia se estima que la posibilidad de tener durante el transcurso de la vida cualquier trastorno es del 40.1% (Posada-Villa, & Trevisi, 2004).

Con el aumento de la esperanza de vida crecen aceleradamente las cifras de trastornos mentales en la población de adultos mayores a nivel mundial, estimando que hasta un 20% puede padecerlos con grados de severidad distintos (Tello-Rodríguez, et al., 2016). A partir de los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, durante 2001 y 2002, el 28.6 % de la población reportó alguno de los 23 trastornos de la CIE-10 alguna vez en su vida, el 13.9% en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Asimismo, se identificaron diferencias por sexo, pues mientras los hombres presentaron prevalencias más altas de cualquier trastorno, las mujeres refieren mayores índices para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (Medina-Mora, et al., 2003).

Diversos estudios han señalado que los trastornos diagnosticados con mayor frecuencia son los de tipo neurótico y depresivo, seguidos por los trastornos de la conducta y la esquizofrenia (Valero-Aguayo y Ruiz-Moreno, 2003). Se han documentado incrementos importantes en los dos principales trastornos a nivel mundial. Durante el periodo de 2005 a 2015 los de tipo depresivo se elevaron 18%, convirtiéndola en una de las más prevalentes (WHO, 2017; Seijas, 2014), mientras los de ansiedad el 14.9%. Esto ha significado que 322 millones de habitantes se vieron afectadas por la depresión, equivalentes a 4.4% durante 2015 (WHO, 2017), mientras otros estudios sugieren que en 2017 la prevalencia fue de 264 millones en el mundo (Ritchie & Roser, 2018). Tales cifras llevan a los trastornos depresivos a constituirse como la principal causa de discapacidad y suicidio (Souza y Machorro, 2007), asociada incluso tasas más altas de accidentes cerebrovasculares (Seijas, 2014), adicciones y violencia (Wagner, et al., 2012). Se proyecta que antes de llegar a la edad de 75 años uno de cada cinco habrá tenido un episodio depresivo (Wagner, et al., 2012). Son las mujeres quienes presentan mayores índices de depresión en el mundo, sobre todo en las mayores de 50 años (WHO, 2017; Ritchie & Roser, 2018); las que viven sin pareja y con bajo nivel de educación se asocian con mayor riesgo (Wagner, 2012). Algunos estudios estiman prevalencias de 30.3% en mujeres contra 14.7% en varones (Seijas, 2014), mientras otros reportes mundiales señalan que

la depresión se presentó en 2015 en el 5.1% de las mujeres y en el 3.6% de los varones (WHO, 2017).

Ritchie & Roser (2018) describen que en 1990 el 2.64% de la población mexicana presentaba depresión, y que durante 2017 el trastorno se estimaba en el 2.79%. Otros estudios afirman que la tasa anual de depresión en 2002 en México fue de 4.8% en la población de 18 a 65 años (Wagner, et al, 2012). Por su parte, la OMS estimó que 2015 México se posicionó en el lugar cuatro de los países de América con prevalencia de 4.2% de trastornos depresivos, equivalentes a más de 4 900 000 habitantes (WHO, 2017).

Además de la depresión, los trastornos de ansiedad ocupan los primeros lugares de prevalencia en el mundo. La OMS en 2015 ha estimado que a nivel mundial el 3.6% equivalente a 264 millones los padecen, constituyéndose en la sexta causa de discapacidad (WHO, 2017). Otras fuentes estiman prevalencia de trastornos de ansiedad en 284 millones en el mundo durante 2017 (Ritchie & Roser, 2018). Al igual que a depresión, las mayores prevalencias de trastornos de ansiedad se presentan en mujeres sin diferencia de edad, con 4.6%: mientras que en los varones se estima en un 2.6%, en quienes se da decremento leve después de los 65 años (WHO, 2017). Las diferencias identificadas describen del total de la población con esos trastornos, el 63% corresponde a las mujeres (Ritchie & Roser, 2018).

En países con condiciones sociales como la de México, como es el caso de Colombia, se han reportado hallazgos de encuesta nacional durante 2003. Los datos sugieren prevalencias de trastornos de ansiedad en el 19.5% de los adultos durante la vida, y del 9.9% durante los últimos 12 meses, los cuales presentan como mediana de edad de inicio los 9 años (Posada-Villa, & Trevisi, 2004). En 2015 la Región de las Américas presenta los niveles más altos que en el resto del mundo, un 7.7% para las mujeres y un 3.6% en los varones. En el continente, México ha ocupado el lugar 3 con prevalencia de 3.6% de trastornos de ansiedad, equivalentes a más de 4 800 000 habitantes (WHO, 2017). La tasa anual de ansiedad en México en 2002 se estimaba en 6.8% en la población de 18 a 65 años (Wagner, et al, 2012). Otros hallazgos señalan prevalencias en

México en el año 1990 estimadas en 2.94% de la población, mientras en 2017 se ha calculado su existencia en el 3.19% (Ritchie & Roser, 2018).

Producto de las crisis, el recrudecimiento de la violencia y otras problemáticas (Gilet, 2018), especialistas en salud de Ciudad Juárez, reportan altos índices de trastornos de ansiedad generalizada, correspondientes al 29.9% de la población entre 2014 y 2016 estimados por Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud de Chihuahua (Aguilar, 2018).

Marco teórico

En la categoría de trastornos de ansiedad, el DSM-5 conjunta trastornos caracterizados por pensamientos invasivos y comportamientos repetitivos de nominados trastornos obsesivos compulsivos (Morrison, 2015, p. 172; MedlinePlus, 2019). Se trata de un trastorno neuropsiquiátrico producto de factores genéticos sumados a experiencias del desarrollo, la educación e incluso experiencias traumáticas que suele hacer su aparición antes de los 15 años de edad, o bien, en el periodo de los 20 a 25 años de edad (Secretaría de Salud, 2016). Caraveo-Anduaga y Colmenares Bermúdez (2004) identificaron como edad promedio de inicio 22 años en ambos sexos.

Tales obsesiones se pueden presentar en forma pensamientos, en ocasiones como creencias o también ideas recurrentes, cuya característica es que dominan en contenido mental de la persona de manera crónica y debilitante. La relevancia de estos trastornos es que presentan comorbilidad, pues con frecuencia el 60% de los afectados con obsesiones experimentan depresión mayor, y el 15% tiene probabilidades altas de cometer suicidio (Morrison, 2015, p. 201). En los varones mexicanos, la comorbilidad se presenta con consumo de sustancias, mientras que en las mujeres se presentaron otro tipo de patologías (Caraveo-Anduaga y Colmenares Bermúdez, 2004).

Los trastornos depresivos junto con los de tipo ansioso, han sido relacionados ampliamente con el suicidio, entendido como el acto deliberado de quitarse la vida, y, por tanto, considerado problema de salud pública por los efectos prolongados en las familias y sociedad. Al igual de la depresión y ansiedad, el suicidio se explica desde factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales

y hasta culturales sobre todo por comportamientos de imitación promovidos por los medios de comunicación y redes virtuales (INEGI, 2018, WHO, 2017). En el análisis del comportamiento suicida se identifican tres elementos o tiempos en el proceso, ideación suicida que abarca pensamientos de fungir como agente de la propia muerte, intento suicida que son actos sin el desenlace buscado, y suicidio consumado cuando se logra el propósito de quitarse la vida a sí mismo (Pérez, Martínez, Vianchá y Avendaño, 2017; NIH, 2019). Los factores de riesgo asociados son historia familiar de suicidio, historia de abuso, abuso de sustancias psicoactivas y-o estados de intoxicación por drogas, situaciones de pérdida reciente o trágica, y estrés por periodos prolongados (NAMI, 2019)

En 2004 la OMS advertía que cerca de un millón de personas en el mundo optaban por el suicidio (OMS, 2004). Años mas tarde, ese organismo internacional presentaba cifras que hablaban de 788 000 correspondiente al 1.5% de la población que durante 2015 murieron a causa del suicidio, y de un número mayor de personas con intento suicido que no lo consiguieron. Otro reporte de la misma OMS estima la incidencia de suicidios en 800 000. Las afectaciones de la muerte por suicidio alcanzan un promedio de 6 personas relacionadas con el autor del comportamiento suicida (WHO, 2017).

En cuanto a las edades de mayor prevalencia, algunos estudios sugieren que el suicidio se da entre personas mayores de 65 años (NAMI, 2019), otros mencionan que los porcentajes más elevados se observan los 20 y 29 años en países con ingreso bajo y medio, decreciendo la prevalencia conforme avanzan los grupos de edad (WHO, 2017). Contrario a los trastornos depresivos y de ansiedad, son los varones quienes con más frecuencia lo presentan en los países de ingresos medios, altos y bajos, donde la tasa es de 20 o más hombres por cada 100 000 habitantes, mientras en las mujeres la tasa es de 5 por cada 100 000 (WHO, 2017). Parece ser que las cuestiones económicas de los países no definen un mayor un número de incidencia en suicidios, pues con frecuencia del 78% se presentan en países de ingresos medios (WHO, 2017).

3. METODOLOGÍA

A través de un enfoque cuantitativo con diseño correlacional y temporalidad transversal, se analizaron indicadores de las variables de ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo e intento suicida en una muestra estratificada de 565 habitantes de Ciudad Juárez, Chihuahua. La estimación de la muestra por cada estrato fue a partir de la fórmula de tamaño muestral considerando un 95% de confianza y 5% de margen de error a un 30%. Ciudad Juárez es una comunidad fronteriza conurbada con el Paso Texas, E.U., localizada al centro-norte de México con más de 1 391 180 habitantes (INEGI, 2017). El INEGI estimó la clasificación de la población de ciudades metropolitanas nacionales según su porcentaje de población por grado de marginación denominados “niveles de bienestar”. En Ciudad Juárez el 1.2% corresponde al nivel alto, 7.5% alto, 48.5% medio, 23.3% bajo y 19.1% al nivel muy bajo en población general (CONAPO, 2010). De acuerdo con el INEGI, se identificaron 852 793 de población adulta mayor de 18 años, por lo que el tamaño de la muestra fue de 565 considerando los porcentajes correspondientes por estrato, seleccionando los participantes por cuota residentes de la zona de bienestar correspondiente según la disponibilidad voluntaria asegurando confidencialidad y anonimato de los datos. Se aplicó un instrumento elaborado por los autores en centros de reunión educativos, religiosos, comerciales y comunitarios según la zona de nivel de bienestar correspondiente durante los años 2017 y 2018.

Participantes

Del total de la muestra de 565 habitantes con un promedio de 30 años ($DS=13$) entre 18 y 79, el 63% (355) correspondió al sexo femenino y el 37% (210) masculino. 57% (321) se encuentra en un rango de edad de 18 a 25 años, 10% (58) entre 26 y 30, el resto mayores de 31 años. El 69% reportaron ser de condición civil solteros, 25% casados, 2% viudos y 4% otro. El 22% indicaron tener estudios universitarios, 12% técnico profesional, 54% bachillerato, 7% secundaria y 5% primaria o menos. 84% correspondieron a la religión cristiana o católica, el 16% no practican religión mientras que 2% alguna otra. Se encuestaron 17% (98) de la zona marginación muy alto, 18% (104) alto, 34% medio (194), 17% (95) bajo y 13% (74) muy bajo.

Instrumentos

Se utilizó un instrumento tipo encuesta elaborado por los autores con 28 reactivos dicotómicos (sí/no), construido a partir de pruebas existentes validadas. Se analizaron 10 reactivos para identificar indicadores de ansiedad y 10 para detectar depresión tomados de la Escala de Ansiedad de Goldberg. Así como 5 ítems para identificar trastorno obsesivo-compulsivo y 2 para ideación suicida tomados del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI). Finalmente se consideró un reactivo dicotómico sobre si alguna vez en la vida se ha intentado consumir el suicidio.

Statistical Analyses

Con un alfa de Cronbach de .868 con 28 elementos, el instrumento mostró consistencia interna adecuada, con un total de varianza de 51% en 5 factores exploratorios y una adecuación de la muestra de .879 en la prueba KMO y de esfericidad de Bartlett observando significancia estadística ($\chi^2=3777.2$, $gl=378$, $sig.=.000$). Se identificaron tres rangos en cada categoría: “sin indicadores, indicadores moderados e indicadores significativos”. El punto de corte se observó considerando en categorías de ansiedad y depresión en 5 puntos y en TOC de 3. Para ideación e intento suicida se consideró 1 punto de acuerdo con el análisis teórico basado en el DSM-V y en el estadístico de comportamiento normal de la muestra.

Así, se estableció que, en las categorías de ansiedad y depresión, el rango inferior se identificó menor a 4 puntos. El rango moderado de entre 5 y 6 puntos, y el superior, mayor a 7 puntos. Para la categoría de trastorno obsesivo-compulsivo menor de 2, 3 moderado y significativos mayor de 3. Para el intento suicida se estableció el mismo rango por puntuación siendo tres puntos totales.

4. RESULTADOS

Los resultados sugieren que, en población adulta juareense, existe una prevalencia de indicadores de ansiedad moderados del 35% en hombres y 36% en mujeres, además de indicadores significativos del 29% en hombre y 35% en mujeres, con diferencia estadística significativa en ansiedad general ($F=.325$, $sig.=.008$). Así mismo, una prevalencia de indicadores de depresión moderados

del 21% en hombres y 28% en mujeres con indicadores significativos del 9% en hombres y 11% en mujeres, también con diferencia estadística significativa en depresión general ($F=6.785$, $sig.=.009$). Los indicadores de trastorno obsesivo compulsivo mostraron una prevalencia moderada del 16% en hombres y 20% en mujeres, mientras que 21% de los hombres y 20% de las mujeres resultaron en indicadores significativos sin diferencia estadística general. Finalmente existió prevalencia moderada del 5% en hombres y 4% en mujeres de indicadores de ideación suicida, así como el 1% en hombres y 1% en mujeres de indicadores significativos sin diferencia estadística en ideación suicida general. Sin embargo, el 11% de hombres y 9% de mujeres han intentado quitarse la vida en al menos una vez en su vida sin diferencia estadística en intento suicida general, con un promedio de 1.7 entre 1 y 6 intentos de suicidio; de los cuales el 1.1% lo ha intentado en el último año y .2% en el último mes según la tabla 1.

Tabla 1 Porcentajes y descriptivos Indicadores por sexo

	Ítems	Rango	Punto corte	Indicadores	Hombres n=210	Mujeres n=355	P
Ansiedad	10	0-10	5	Moderados	35%	36%	5.3 .008*
				Significativos	29%	35%	
Depresión	10	0-10	5	Moderados	21%	28%	3.2 .009*
				Significativos	9%	11%	
TOC	5	0-5	3	Moderados	16%	20%	1.3 0.569
				Significativos	21%	20%	
Ideación suicida	2	0-2	1	Moderados	5%	4%	0.2 0.628
				Significativos	1%	1%	
Intento suicida	1	0-1	1	Significativos	11%	9%	0.1 0.569

Los indicadores de trastorno obsesivo compulsivo resultaron con prevalencias significativas en los rangos de edad de 51-55 años con 26%, seguido por un 24% (18-25), 23% (36-40) y 22% (26-30) considerando rangos quinquenales a

partir de los 18 hasta mayores de 61 años, existiendo diferencia estadística significativa en estos indicadores por rango de edad ($F=2.942$, $sig=.003$). Los indicadores de ansiedad, depresión, ideación suicida e intento suicida no presentaron diferencias significativas según el rango de edad, aunque las tendencias indicaron prevalencias de indicadores significativos de ansiedad del 37% en la década de 46-55 años y de alrededor del 35% entre los 18 y 30 años. Además de indicadores significativos de depresión en la década de los 31-35 años con una prevalencia del 20% y del 17% en el quinquenio de los 46 a 50 años. La prevalencia de indicadores de ideación suicida fue del 6% en adultos mayores de 61 años, así como el 5% en los rangos de 31-35 y de 51-55 años. Finalmente los indicadores de intento suicida se centraron del 13% al 15% entre la década de los 31 a 40 años.

Tabla 2 Porcentajes y descriptivos de Indicadores por rango edad

	Rango edad	Moderados	Significativos	Media	F	Sig.
Ansiedad	18-25	36%	34%	5.1	0.538	0.828
	26-30	45%	35%	5.3		
	31-35	30%	30%	4.5		
	36-40	30%	33%	5.1		
	41-45	36%	24%	4.7		
	46-50	29%	37%	5.1		
	51-55	21%	37%	4.6		
	56-60	50%	13%	4.0		
	61+	31%	31%	4.5		
Depresión	18-25	29%	10%	3.24	1.486	0.159
	26-30	26%	9%	2.9		
	31-35	5%	20%	2.9		
	36-40	27%	13%	2.93		

	41-45	21%	10%	2.57		
	46-50	11%	17%	2.66		
	51-55	37%	0%	2.21		
	56-60	0%	13%	1.38		
	61+	19%	6%	2.69		
	<hr/>					
	18-25	24%	24%	1.51		
	26-30	12%	22%	1.34		
	31-35	15%	15%	1.15		
	36-40	10%	23%	1.17		
TOC	41-45	9%	14%	0.84	2.942	0.003*
	46-50	9%	9%	0.71		
	51-55	0%	26%	1.16		
	56-60	25%	0%	0.75		
	61+	25%	6%	0.94		
	<hr/>					
	18-25	4%	1%	0.22		
	26-30	5%	2%	0.22		
	31-35	0%	5%	0.25		
	36-40	0%	0%	0.13		
Ideación Suicida	41-45	3%	0%	0.22	0.702	0.690
	46-50	9%	0%	0.2		
	51-55	5%	5%	0.37		
	56-60	0%	0%	0		
	61+	6%	6%	0.44		
	<hr/>					
	18-25		11%	0.11		
	26-30		5%	0.05		
	31-35		15%	0.15		
Intento Suicida	36-40		13%	0.13	0.992	0.441
	41-45		10%	0.1		
	46-50		0%	0		
	51-55		11%	0.11		

56-60	0%	0
61+	6%	0.06

El 34% de los participantes solteros y casados mantuvieron indicadores significativos de ansiedad, 18% los de condición civil de viudez y 12% otra, con diferencia estadística significativo ($F=2.892$, $sig.=.035$). Así mismo, existieron prevalencias del 18% de indicadores de depresión en los viudos, 11% en solteros y del 4% al 7% en casados u otra condición civil con diferencia estadística ($F=6.169$, $sig.=.000$). La prevalencia de indicadores significativos TOC fue del 24% en solteros, 18% en viudos y 15% en casados también con diferencia significativa ($F=6.525$, $sig.=.000$). Además, presentaron indicadores significativos de ideación suicida los participantes de condición civil de viudez con un 9%, mientras que los solteros y casados mostraron una prevalencia del 1% con diferencia estadística ($F=3.636$, $sig.=.000$). Finalmente, el 11% de los solteros presentaron indicadores significativos de intento suicida, seguidos por el 9% viudos y 7% casados sin diferencia estadística.

Tabla 3 Porcentajes y descriptivos Indicadores por condición civil

	Cond Civil	Moderados	Significativos	Media	F	Sig.
Ansiedad	soltero/a	38%	34%	5.2	2.892	.035*
	casado/a	29%	34%	4.8		
	viudo/a	55%	18%	4.5		
	otro	32%	12%	3.7		
Depresión	soltero/a	29%	11%	3.3	6.169	.000*
	casado/a	18%	7%	2.3		
	viudo/a	18%	18%	2.9		
	otro	20%	4%	2.2		
TOC	soltero/a	21%	24%	1.5	6.525	.000*

	casado/a	9%	15%	0.9		
	viudo/a	9%	18%	1.2		
	otro	24%	0%	0.8		
	soltero/a	4%	1%	0.2		
Ideación	casado/a	4%	1%	0.2	3.636	.013*
Suicida	viudo/a	18%	9%	0.6		
	otro	0%	0%	0.0		
	soltero/a		11%	1.5		
Intento	casado/a		7%	0.9	1.821	0.141
Suicida	viudo/a		9%	1.2		
	otro		0%	0.8		

Por otro lado, existieron prevalencias de indicadores significativos de depresión y trastorno obsesivo compulsivo por la escolaridad de los participantes. El 12% de aquellos con escolaridad universitaria, 11% de bachillerato y 11% de primaria o menos resultaron con indicadores significativos de depresión, seguido por el 10% de quienes cuentan con carrera técnico profesional y el 3% secundaria, con diferencia estadística ($F=2.791$, $sig.=.026$). Así mismo, el 25% presentaron indicadores significativos TOC de nivel de bachillerato, 21% universitario, 14% primaria o menos, 10% técnico profesional y 8% secundaria con diferencia estadística ($F=6.278$, $sig.=.000$). Las tendencias indicaron sin diferencia estadística que los participantes con nivel preparatoria presentan mayores indicadores significativos de ansiedad (34%), seguidos por los de nivel técnico profesional (33%), universitarios (32%), secundaria (31%) y primaria o menos (25%). Así mismo, existieron prevalencias de indicadores significativos de ideación suicida en aquellos que cuentan con primaria o menos (4%), secundaria (3%) y universidad (2%), mientras que el 12% de bachillerato resultaron con indicadores significativos de intento suicida, 10% universitarios, 5% secundaria, 4% primaria o menos y 3% técnico profesional.

Tabla 4 Porcentajes y estadísticos Indicadores por escolaridad

	Escolaridad	Moderados	Significativos	Media	F	Sig.
Ansiedad	primaria menos	0 39%	25%	4.4	0.799	0.526
	secundaria	31%	31%	4.7		
	preparatoria	38%	34%	5.2		
	técnico	31%	33%	4.9		
	profesional	34%	32%	5.0		
	estudios universitarios					
Depresión	primaria menos	0 29%	11%	2.7	2.791	.026*
	secundaria	18%	3%	2.1		
	preparatoria	28%	11%	3.2		
	técnico	16%	10%	2.5		
	profesional	26%	12%	3.1		
	estudios universitarios					
TOC	primaria menos	0 18%	14%	1.1	6.278	.000*
	secundaria	5%	8%	0.5		
	preparatoria	20%	25%	1.5		
	técnico	18%	10%	1.0		
	profesional	19%	21%	1.3		
	estudios universitarios					
Ideación	primaria menos	0 11%	4%	0.4	1.075	0.368
Suicida	secundaria	3%	3%	0.2		
	preparatoria	4%	0%	0.2		

	técnico	5%	0%	0.2	
	profesional				
	estudios	4%	2%	0.2	
	universitarios				
	primaria	0	4%	0.0	
	menos				
	secundaria		5%	0.1	
Intento	preparatoria		12%	0.1	1.832 0.121
Suicida	técnico		3%	0.0	
	profesional				
	estudios		10%	0.1	
	universitarios				

5. CONCLUSIONES

La salud mental de la población adulta juarense se encuentra seriamente comprometida, toda vez que presenta indicadores de ansiedad significativa en el 29% de los varones y en el 35% de las mujeres y rangos moderados en el 35% de los varones y en el 36% de las mujeres. La ideación suicida también es un tema alarmante pues el 11% de hombres y 9% de mujeres han intentado quitarse la vida en al menos, pero el intento suicida ha sido reportado por del 13% al 15% entre adultos de los 31 a 40 años.

Los trastornos del estado de ánimo de igual modo presentan prevalencias elevadas, con indicadores significativos de depresión y trastorno obsesivo compulsivo según el nivel de escolaridad de los participantes, reportada en el 12% de habitantes que han estudiado hasta la universidad, en el 11% de bachillerato y 11% de primaria o menos resultaron con indicadores significativos de depresión, seguido por el 10% de quienes cuentan con carrera técnico profesional y el 3% secundaria.

REFERENCIAS

- Aguilar, F., (21 enero 2018). Relegan salud mental en la ciudad y el estado. El Diario de Juárez, versión impresa.
- Banco Mundial (2012). *La violencia juvenil en México. Reporte de la situación, el marco legal y los programas gubernamentales*. [En red] Disponible en www.defensoria.ipn.mx/.../Estudio-Violencia-juvenil
- Caraveo-Anduaga, J. J. y Colmenares Bermúdez, E. (2004). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Mexico City. *Salud Mental*. 27(2), 1-6.
- CICR Comité Internacional de la Cruz Roja. (2016). *Apoyo psicosocial y en salud mental*. Autor: Ginebra, Suiza. Disponible en <https://www.icrc.org/es/publication/apoyo-psicosocial-salud-mental>
- CONAPO Consejo Nacional de Población (2010). Mapas de marginación urbana de las zonas metropolitanas y ciudades de 100 mil o más habitantes. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/margina_cion_urbana/AnexoA/Documento/04A_AGEB.pdf
- de la Fuente, J.R. (2019). The social responsibility of psychiatry. *Salud Mental*, 42(1), 1-4.
- Gilet, E. (13 julio 2018). Pistas para entender la violencia en Ciudad Juárez, la gran ciudad fronteriza con EEUU. Sputnik, diario digital. Recuperado de <https://mundo.sputniknews.com/sociedad/201808131081163845-eeuu-mexico-frontera-crimen/>
- Hernández-Bringas, H. H. Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*. 68. 69-101.
- Herrera Robles, L. A. (2010). *Juárez: el desgobierno de la ciudad y la política del abandono. Miradas desde la frontera norte de México*. México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- ICRC International Committee of the Red Cross. (2018). *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support*. Autor: Ginebra, Suiza. Disponible en <https://shop.icrc.org/guidelines-on-mental-health-and-psychosocial-support->

[2807.html?_store=default&_ga=2.58108586.1262690869.1561994725-896031754.1561994725](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios/2018_Nal.pdf)

INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (datos nacionales)*. Comunicado de prensa núm. 410/18 7 de septiembre de 2018. Disponible EN

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios/2018_Nal.pdf

Madrigal de León, E. A., (2016). Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Salud Mental*. (39)4, 235-237.

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26(4), 1-16.

MedlinePlus. (2019). *Trastorno obsesivo compulsivo*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/obsessivecompulsivedisorder.html>

MINSALUD. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Colombia: Colciencias. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>

Morrison, J. (2015). DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico. México: El Manual Moderno.

NAMI. National Alliance of Mental Illness. (2019). *Risk of Suicide*. Recuperado de <https://www.nami.org/learn-more/mental-health-conditions/related-conditions/suicide>

NIH. National Institute of Mental Health. (2017). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/obsessive-compulsive-disorder-ocd.shtml>

- NIH. National Institute of Mental Health. (2019). *Mental Health Information. Suicide*. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.shtml>
- OMS Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: Autor. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42897/9243562576.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pérez, M., Martínez, L., Vianchá, M., y Avendaño, B. (2017). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia. *Perspect. Psicol.*, 13(1), 091-101.
- Posada-Villa, J. A. & Trevisi, C. (2004). Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado de ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *MedUNAB*. 7(20), 65-72.
- Ritchie, H. and Roser, M. (2018). Mental Health. Our World in Data. Página electrónica, Recuperado de <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Sandoval de Escurdia, J. M. y Richard-Muñoz, M. P. (s.f.). La Salud Mental en México. *Cámara de Diputados LIX Legislatura*. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Secretaría de Salud (2016). *Casi el total de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo se recuperan*. En red <https://www.gob.mx/salud/prensa/casi-el-total-de-pacientes-con-trastorno-obsesivo-compulsivo-se-recuperan>
- Secretaría de Salud. (2015). *Programa de Acción Específico: Salud Mental*. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Seijas, D. (2014). Adicciones y depresión en la salud del hombre. *Revista Médica Clínica Condes*. 25(1), 79-98.
- Souza y Machorro, M. (2007). La salud mental y el adulto. *Revista Mexicana Neurociencia*. 8(3), 218-221.

- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 33(2), 342-350. Disponible en <file:///E:/Adultos%20salud%20Mental/Referencias%20Adultos%20salud%20mental/Tello.pdf>
- Valero-Aguayo, L., y Ruiz-Moreno, M. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*. 24(1), 11-18.
- Velázquez-Vázquez, D., Rosado-Franco, A., Herrera-Pacheco, D., Aguilar-Vargas, E., y Méndez-Domínguez, N. (marzo-abril, 2019). Epidemiological description of suicide mortality in the state of Yucatan between 2013 and 2016. *Salud Mental*, (42)2, pp. 75-82.
- Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., y Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 35, 3-11.
- WHO World Health Organization. (2017a). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- WHO. World Health Organization. (2017b). *Preventing suicide: a resource for media professionals - update 2017*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272448/WHOMSD-MER-17.5-fre.pdf?ua=1>
- WHO. World Health Organization (2019). *Suicide Data*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Zárate-Rodríguez, R. G. (2018). El suicidio en México: Alternativas de atención, seguimiento y prevención desde el poder legislativo. *Mirada Legislativa No.*

140, Ciudad de México, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República. 40.

ANEXOS

Capítulo de libro

Nota periodística

Infografía difundida

PRODUCTOS GENERADOS

Capítulo de libro.

Título del capítulo	Título del libro	Datos de publicación	Páginas
Victimización y síntomas de salud mental según la escolaridad de los padres en universitarios de Ciudad Juárez	<i>Violencia y salud mental</i>	Ybarra Sagarduy Jose Luis. Orozco Ramirez Luz Adriana (coord.) Ciudad de México: Colofón/Universidad Autónoma de Tamaulipas ISBN 978 607 8663-55-2	185-200

Formación de recursos humanos. Seis estudiantes de licenciatura participaron en el proyecto y presentaron carteles con resultados de investigación.

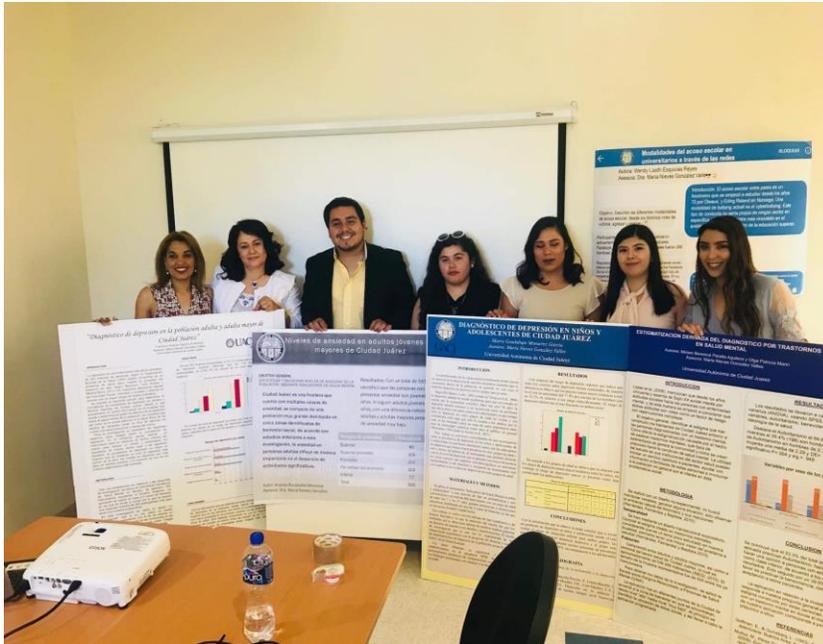
Aguirre Arámbula Francisco Antonio. Licenciatura en Psicología

Monárrez Garcia Mayra Guadalupe. Licenciatura en Psicología

Marin Olga Patricia. Licenciatura en Psicología

Rubalcaba Mendoza Andrea. Licenciatura en Psicología

Peralta Aguirre Miriam Berenice. Licenciatura en Psicología



Difusión del conocimiento con amplios sectores de la sociedad civil.

En el marco de informe de la red ROTMENAS, se dieron a conocer los resultados de la investigación.

Nota periodística

Elaboración de infografía que se difunde en distintos puntos de la ciudad



