



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE
CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y
SALUD PÚBLICA
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA Y
SUSTENTABILIDAD**

TESIS

**PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS
QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA EN UNA
UNIDAD MEDICA DE LA CD., DE TUXTLA,
GUTIÉRREZ, CHIAPAS; MÉXICO (2023).**

PRESENTA:

REYNA JAZMÍN HERNÁNDEZ MONDRAGÓN

DIRECTOR DE TESIS

DR. JESÚS OCAÑA ZÚÑIGA

CO-DIRECTOR

DR. JUAN CARLOS NÁJERA ORTIZ

ASESOR

DR. JOSE RAMIRO CORTÉS PON

NOVIEMBRE, 2025.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

SECRETARÍA ACADÉMICA

Dirección de Investigación y Posgrado

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 20 de noviembre de 2025

Oficio No. SA/DIP/1386/2025

Asunto: Autorización de Impresión de Tesis

C. Reyna Jazmín Hernández Mondragón

CVU: 1228597

Candidata al Grado de Maestra en Salud Pública y Sustentabilidad

Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública

UNICACH

Presente

Con fundamento en la **opinión favorable** emitida por escrito por la Comisión Revisora que analizó el trabajo terminal presentado por usted, denominado **Problemas de salud mental en adultos que asisten a consulta externa en una unidad médica de la Cd. de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México (2023)** y como Director de tesis el Dr. Jesús Ocaña Zúñiga (CVU: 381517) quien avala el cumplimiento de los criterios metodológicos y de contenido; esta Dirección a mi cargo **autoriza** la impresión del documento en cita, para la defensa oral del mismo, en el examen que habrá de sustentar para obtener el **Grado de Maestra en Salud Pública y Sustentabilidad**.

Es imprescindible observar las características normativas que debe guardar el documento, así como entregar en esta Dirección una copia de la *Constancia de Entrega de Documento Recepcional* que expide el Centro Universitario de Información y Documentación (CUID) de esta Casa de estudios, en sustitución al ejemplar empastado.

ATENTAMENTE
"POR LA CULTURA DE MI RAZA"

Dra. Dulce Karo Ramírez López
DIRECTORA



DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

C.c.p. Dr. Adrián Sesma Pereyra, Director de la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública, UNICACH. Para su conocimiento.

Dra. Rosa Margarita Durán García, Coordinadora del Posgrado, Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública, UNICACH. Para su conocimiento.

Archivo/minutario.

EPL/DKRL/igp/gtr



2025, Año de la mujer indígena
Año de Rosario Castellanos



📍 Ciudad Universitaria, Libramiento Norte
Poniente 1150, Col. Lajas Maciel.
C.P. 29039 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México
☎ Tel: (961) 6170440 Ext. 4360
✉ investigacionyposgrado@unicach.mx

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Dios por haberme dado la oportunidad de alcanzar uno de mis objetivos, siendo siempre mi soporte y apoyo incondicional.

A mi familia, por creer en mí y brindarme las oportunidades que me han permitido crecer. Su amor y apoyo han sido fundamentales en cada paso de mi camino.

Agradezco profundamente a mis maestros y mentores, quienes han jugado un papel crucial en mi formación académica y profesional. En especial, quiero mencionar a la Mtra. Guadalupe Cartas Villafuente y al Dr. Juan Carlos Nájera Ortiz, por su motivación y apoyo al principio de este gran paso. Al Dr. José Ramiro Cortés Pon, por su apoyo y acompañamiento en este proceso. Al Dr. Jesús Ocaña Zúñiga, mi director, por su paciencia y orientación durante este proceso. A todos los docentes de mi licenciatura y maestría, les agradezco por su dedicación, motivación y confianza en mí.

ÍNDICE

RESUMEN	6
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
II. JUSTIFICACIÓN.....	12
III. MARCO TEÓRICO	15
3.1- Problemas de salud mental	15
3.1.1- Concepto de salud mental.....	15
3.1.2- Salud mental y salud física.....	17
3.1.3- Salud mental en México y Chiapas	20
3.1.4- Problemas de salud mental.....	23
3.2 Depresión.....	23
3.2.1 Tipos de depresión.....	25
3.2.2 La depresión y sus implicaciones en la vida personal y salud física.....	26
3.3 Ansiedad.....	27
3.3.1 Tipos de ansiedad.....	28
3.3.2 La ansiedad y sus implicaciones en la vida personal y salud física.....	29
3.4 Estrés	30
3.4.1 Tipos de estrés	32
3.4.2 El estrés y sus implicaciones en la vida personal y la salud física	33
3.5 Problemas de sueño	34
3.5.1 Principales trastornos de sueño	36
3.5.2 Problemas de sueño y sus implicaciones en la vida personal y la salud física	38
IV. OBJETIVOS.....	41
4.1 Objetivo general	41
4.2 Objetivos específicos	41
V. Metodología	42
5.1 Diseño de estudio	42
5.2 Descripción del área de estudio.....	42
5.3 Población.....	42
5.4 Muestra.....	42
5.5 Selección de las unidades de estudio.....	42
5.5.1 Criterios de inclusión.....	43

5.5.2 Criterios de exclusión	43
5.6 Variables	43
5.7 Procedimiento para la recolección de datos	47
5.8 Instrumento	47
5.8.1 Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	47
5.8.2 Escala Sintomática de Estrés (Seppo Aro)	48
5.8.3 Escala General Health Questionnaire (GHQ-12)	48
5.8.4 Inventario de Ansiedad Rango Estado (IDARE)	49
5.8.5 Índice de calidad de sueño Pittsburgh (ICSP)	49
5.9 Plan de análisis de los resultados	50
5.10 Consideraciones éticas	50
VI. Resultados	51
6.1 Descripción de la muestra de estudio	51
6.2 Problemas de salud mental	55
6.3 Problemas de salud mental, comparada por sexo, diabetes, hipertensión y sobrepeso	56
6.4 Correlaciones entre problemas de salud mental	60
VII. Discusión	62
VIII. Conclusiones	67
Referencias	69
Anexos	80

RESUMEN

Con frecuencia, en las instituciones de salud se prioriza el estado de salud físico sobre el emocional y mental. El sistema de salud en general, históricamente, se ha enfocado a gestionar la enfermedad y no a procurar un estado de salud integral, en donde el equilibrio entre salud física y mental sea indispensable para el bienestar. En este contexto, este trabajo describe, desde un enfoque cuantitativo, la situación de salud mental de pacientes que asisten a una unidad médica familiar del IMSS, particularmente la depresión, la ansiedad, el estrés y los problemas de sueño. Para ello se recuperó una muestra no probabilística de 300 pacientes que hacían antesala para una cita en el servicio de consulta externa de la UMF-25 ubicada en el oriente de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. A estos pacientes se les aplicó un instrumento que incluye escalas validadas y pertinentes para medir estos problemas de salud mental, junto con un apartado que incluyó variables sociodemográficas y variables de contexto clínico. Los resultados hacen evidente que los pacientes evaluados, en general, presentan problemas de salud mental, siendo los problemas del estado emocional y de ansiedad los más altos. Además, se identificó que la presencia de diabetes, hipertensión y sobrepeso puede asociarse a valores más altos en algunos de estos problemas de salud mental. En este sentido, este trabajo aporta evidencia en el campo de la salud pública en cuanto a que es necesario que los problemas de salud mental deban atenderse de forma integral en los servicios de primer contacto.

Palabras clave: Salud mental, problemáticas psicosociales, salud pública, primer contacto, población vulnerable.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades. En este sentido, la salud se considera una condición dinámica que depende no cuestiones biológicas, sino también de los factores sociales, como las relaciones familiares, el acceso a los servicios de salud y las condiciones laborales. En una connotación filosófica, la salud se considera la ausencia de la enfermedad, una especie de bendición para evitar la muerte (Uribe, 2013). Considerando lo anterior, la salud debe ser vista en el contexto de la capacidad de un individuo para adaptarse a su entorno (Mechanic, 1995).

En relación con la salud física, se puede decir que se trata de un concepto integral que se enfoca en el bienestar del cuerpo y el funcionamiento óptimo de todos los sistemas del organismo. La salud física se manifiesta en la capacidad de realizar actividades diarias con energía, vitalidad, sin fatiga excesiva. Este movimiento no solo implica actividades estructuradas como el ejercicio, sino también tareas cotidianas como caminar, subir escaleras o realizar trabajos del hogar. En este sentido, la activación física, es decir, la práctica regular de ejercicio, desempeña un papel fundamental, ya que contribuye a mejorar la salud cardiovascular, fortalecer los músculos y huesos, y aumentar la flexibilidad. Sin embargo, el bienestar no se limita únicamente a la condición física, sino que también abarca aspectos mentales y emocionales, los cuales resultan igualmente esenciales para una buena calidad de vida.

La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el que cada individuo desarrolla su personalidad, puede afrontar las tensiones de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y contribuye a su comunidad (OMS, 2022). Desde un enfoque clásico, Erikson (1950) considera que la salud mental está relacionada con la capacidad del individuo para lograr una adaptación satisfactoria a las etapas de desarrollo y para manejar las crisis psicosociales de manera positiva. En ese contexto, la salud mental tiene que ver con la resolución exitosa de las diferentes etapas de la vida. En este sentido, la salud mental debe considerarse un componente integral del bienestar general, y no simplemente como la ausencia de trastornos mentales.

Al respecto, Miranda (2018) explica que la salud mental es un campo disciplinario de límites difusos, al cual confluyen la medicina, la salud pública, las distintas psicologías, y aproximaciones sociopolíticas. El bienestar mental implica una serie de aspectos que afectan la vida diaria de las personas. En primer lugar, el desarrollo emocional se refiere a la capacidad de cada persona para crecer y realizarse en diferentes áreas de la vida, como la educación, el trabajo y las relaciones personales. Esto significa que una buena salud mental permite a los individuos establecer y alcanzar metas personales, así como adaptarse a los cambios y desafíos que se presenten. Otro aspecto crucial de la salud mental es la capacidad de afrontar las tensiones de la vida cotidiana, la cual está llena de estresores, ya sean laborales, familiares o sociales. Las personas con buena salud mental cuentan con herramientas y estrategias para gestionar el estrés de manera efectiva, lo que les permite mantener una perspectiva positiva ante los desafíos. Esto incluye habilidades como la resolución de problemas, la toma de decisiones y la regulación emocional, que son esenciales para navegar las dificultades de la vida.

En México tres de cada diez personas padecen algún trastorno mental a lo largo de su vida y más del 60 por ciento de la población que sufre alguno de ellos no recibe tratamiento (Gobierno de México, 2023). Particularmente, el estrés es un tema relevante de salud pública y bienestar, ya que ha ido aumentando en los últimos años debido a diversas razones sociales, económicas y laborales. El estrés es una respuesta física, emocional y mental a demandas externas que superan la capacidad de adaptación de una persona, el cual, si se convierte en estrés crónico puede tener efectos graves sobre la salud física. A nivel nacional, las enfermedades cardiovasculares, hipertensión y problemas digestivos son comunes en personas que experimentan niveles elevados de estrés. El estrés también puede contribuir a la obesidad, diabetes y trastornos del sueño, que son problemas prevalentes en el país (INSAFI, 2023). Al respecto, datos de la OMS indican que los mexicanos son las personas más estresadas, en gran medida, debido a las condiciones laborales y socioeconómicas que prevalecen en el país. Un dato revelador es que nuestro país tiene el primer lugar en estrés laboral, por encima de naciones como China y Estados Unidos, las dos economías más grandes del planeta (UNAM, 2022).

Otro problema frecuente de salud mental es la ansiedad. Esta condición de salud involucra distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, que pueden presentarse en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, llegando incluso

ataques de pánico (Sierra et al., 2003). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) muestra que una proporción considerable de la población mexicana experimenta síntomas de ansiedad, de la cual, gran parte de estos casos no se diagnostican o no reciben tratamiento adecuado. Factores como la inseguridad, la pobreza, las presiones laborales y sociales, así como el estigma en torno a la salud mental, contribuyen a este aumento (ENSANUT, 2018). Las personas que padecen sintomatología ansiosa, aun cuando les provoca sufrimiento y discapacidad, están temerosas de hablarlo con un profesional, o bien, no se atienden debido a la falta de recursos económicos, falta de tiempo o interés.

La depresión en México es un problema de salud pública significativo, con altas tasas de prevalencia, especialmente entre mujeres y jóvenes (Torres, 2024). Cabe señalar que otro problema frecuente de salud mental es la depresión entendida como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta, caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, falta de concentración etc., y es un factor desencadenante de los trastornos alimenticios y de sueño (Calderón et al., 2012). La depresión no solo afecta el bienestar emocional, sino que también tiene un impacto significativo en la salud física y la vida cotidiana de las personas. La prevalencia de la depresión en México es alta, y se estima que aproximadamente el 7 por ciento de la población adulta sufre de depresión en algún momento de su vida (INSP, 2021).

Ahora bien, la salud emocional también se ve trastocada ante el diagnóstico de alguna enfermedad física. En este caso, el impacto emocional de las enfermedades crónicas en los pacientes es innegable. Este impacto se deriva de la incertidumbre y la imprevisibilidad en la progresión de la enfermedad, el sufrimiento asociado, la angustia emocional, la pérdida de autonomía y el estigma social relacionado con el deterioro físico. Estos factores provocan cambios profundos en la persona, afectando su cuerpo, mente y espíritu (Avendaño, 2024). Cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad crónico-degenerativa, invariablemente atraviesa por agudas etapas de estrés, de depresión y de ansiedad, principalmente. Puede ser que en el curso del tiempo supere y/o aprenda a controlar estados emocionales, producto de lo que socialmente significa vivir con una enfermedad de tales características (una enfermedad para toda la vida), pero también puede suceder que nunca se logre superar tal condición, y que a medida que pase el tiempo las etapas depresivas y estresantes sean cada vez más profundas y prolongadas (González et al., 2011).

En este escenario, las personas que tienen acceso a una atención médica, en ocasiones no cuenta con una buena relación médico paciente, no se le brinda una atención completa que incluye la valoración de su salud mental. Todo médico puede diagnosticar y tratar estos trastornos, al menos de manera inicial, sin recurrir a técnicas sofisticadas; únicamente se requiere, escuchar con atención, preguntar diligentemente e indicar o invitar a los servicios de salud mental que en este caso puede tener. Sin embargo, en los servicios de primer contacto de los principales institutos que conforman el sistema nacional de salud en México, en la práctica, los médicos se encuentran saturados de usuarios, con cargas horarias laborales pesadas que muchas veces le impiden explorar la salud mental de los pacientes.

En la actualidad, los estilos de vida que demanda el modelo económico dominante y la creciente inequidad en el acceso de mejores condiciones de vida de las comunidades, han favorecido que una amplia proporción de la población de México padezca alguna enfermedad crónica degenerativa, como diabetes, hipertensión, obesidad o algún otro trastorno metabólico. En este sentido, existe una distancia entre los esquemas de atención provistos para el tratamiento de estas enfermedades respecto a la atención que se le presta a la salud mental y emocional que son inherentes a ellas y al contexto sociofamiliar en el que se inscriben las personas que las padecen. De esta manera, un problema de salud pública es el hecho que la salud mental de los pacientes no se considera en el esquema de tratamiento o intervención clínica de primer contacto, lo que deja a los pacientes en un vacío que, en casos críticos, favorecen los síntomas de su enfermedad e incluso puede llegar a situaciones extremas de depresión o suicidio.

Respecto a la temática que se busca desarrollar en esta tesis, problemas de salud mental en pacientes, se han desarrollado diversos trabajos empleando un enfoque cuantitativo, siendo la perspectiva psicológica una de las más predominantes en su abordaje. (Saavedra y Astuquipan 2022), a partir de una muestra de 200 pacientes en pertenecientes a Lima, Perú, atendidos por la especialidad de Gastroenterología en la modalidad de consultorio externo durante marzo a octubre del 2021, se identificaron que los principales síntomas que presentan con asociación con la ansiedad y depresión son padecimientos gastrointestinales. Por su parte, Rosas et al. (2019), a partir de una cohorte de 327 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que acudieron a la consulta externa de un hospital general de Lima, identificaron la prevalencia de depresión y ansiedad. En este contexto, los autores destacan que la cuarta parte de los pacientes (23,9%)

tuvieron depresión y un tercio (33,7%) presentaron ansiedad. Otro dato importante fue que las mujeres presentaron una frecuencia de ansiedad significativamente mayor (39,9%) respecto a los varones (16,7%) y que la depresión se presentó con mayor frecuencia en pacientes más jóvenes (M=59 años) respecto a los de mayor edad (M=65 años).

Otro estudio al respecto es el realizado por Martínez y Vázquez, (2019). En este trabajo los autores hicieron una evaluación de depresión y ansiedad a 66 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo en el hospital comunitario de Jonuta Arsenio Filigrana Zubieta, Tabasco. El hallazgo más relevante fue que el 82.9% de los participantes que presentaron cuadros depresivos leves o incipientes. En cuanto a la variable ansiedad se encontró que un 68.6% de los pacientes presentó ansiedad leve y el 14. 3% ansiedad moderada. En este sentido, otro trabajo semejante fue realizado por Osorio et al., (2023) con 103 adultos entre 20 y 60 años de un centro de salud urbano en la ciudad de Villahermosa, Tabasco. En esta investigación, los autores reportaron que los participantes presentaron rasgos de ansiedad bajos o moderados, mientras que también presentaron altos niveles de depresión. Por su parte, Sucasaca et al., (2020) trabajó con 272 pacientes que acudieron a consulta externa del servicio de cardiología del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de Cusco, Perú. En este estudio los autores encontraron que la población estudiada con hipertensión arterial y viviendo a 3400 metros sobre el nivel del mar, tiene una calidad de sueño mala según la escala de Pittsburg. Utilizando este instrumento, el índice de calidad de sueño fue de 6,7 +/- 2,2, lo que indica una calidad de sueño mala; en tanto que 16 pacientes utilizaron medicación para dormir.

Considerando estos antecedentes, en este trabajo se planteó explorar problemáticas de salud mental en el servicio de primer contacto de una UMF del IMSS. En este escenario, y considerando a la ansiedad, depresión, estrés y problemas de sueño algunos de los problemas de salud mental más comunes, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué niveles de estos problemas de salud mental presentan los pacientes que asisten a la UMF del IMSS y qué relación guardan estos con respecto a las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes?

II. JUSTIFICACIÓN

La salud mental es un componente fundamental del bienestar integral y tiene una importancia crucial en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta y la vejez. A lo largo de estas fases, las necesidades y desafíos relacionados con la salud mental varían, tales como el desarrollo emocional, social y cognitivo (Izquierdo, 2007). Esta influye en la percepción que una persona tiene de su enfermedad y de su proceso de recuperación. Al iniciar un tratamiento médico para tratar alguna enfermedad física, el cuerpo no solamente es receptivo al efecto de los fármacos, sino que también el cerebro gestiona emociones y pensamientos, que forman parte del proceso de afrontamiento de la enfermedad, más aún cuando se trata de un padecimiento crónico degenerativo, es decir, que no tiene una cura específica.

En México, se estima que 25 por ciento de las personas entre 18 y 65 años de edad presenta algún problema de salud mental, de las cuales, solo tres por ciento busca atención médica (Gobierno de México, 2018). La depresión, estrés, ansiedad, bipolaridad y esquizofrenia suelen ser los más comunes. Estos trastornos se manifiestan a través de culpa, apatía, melancolía, tristeza, ansiedad y pérdida de interés (Valencia, 2018). Entre ellos, destaca el hecho que, si no se tratan oportunamente, puede favorecer la aparición de enfermedades físicas.

Por citar un ejemplo, en los últimos cuatro años los casos de suicidio en Chiapas han mostrado una tendencia alarmante. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2020 se registraron 203 suicidios en el estado, cifra que aumentó a 245 en 2021 y alcanzó los 265 en 2022. Estos datos posicionan a Chiapas en una situación delicada dentro del panorama de salud mental en México. En este sentido, se desconoce cuántos de estos casos tuvieron una condición de estrés, depresión o ansiedad que acompañó a la ideación suicida y, finalmente, en el acto consumado. El problema, lejos de ser aislado, es un reflejo de una realidad más amplia que afecta tanto a comunidades rurales como urbanas (Aquino, 2022).

Respecto a los padecimientos físicos, en Chiapas, durante el 2023 cerca de 65 mil personas fueron diagnosticados con alguna enfermedad crónica degenerativa (Gobierno de México, 2023). Chiapas ocupa los primeros lugares en algunas de las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes, hipertensión y la obesidad (Gobierno de Chiapas, 2023).

Algunos datos relevantes tienen que ver con que, hasta el 2022, cerca del 65% de los chiapanecos presenta algún nivel de sobrepeso u obesidad (Secretaría de Salud, 2022).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, la prevalencia de diabetes tipo II en adultos mayores de 20 años de edad en Chiapas es de 5.57% en mujeres y 7.8% en hombres, lo que conlleva a crear conciencia sobre este padecimiento, reforzar las medidas preventivas y que la población sea corresponsable en el autocuidado de su salud (Gobierno de Chiapas, 2021). Respecto al panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en el estado, retomando los datos de ENSANUT 2018, la prevalencia en Chiapas es de 16.2%, la cual está por debajo de la media nacional, que es de 18.4% (Chacón, 2024).

Al padecimiento físico diagnosticado, como puede ser alguna enfermedad crónica, algún episodio transitorio, o incluso problemas serios como el cáncer; con frecuencia le acompañan estrés, depresión, ansiedad o problemas de sueño, producto de un cúmulo de inquietudes, desconocimiento y miedo que los pacientes suelen tener cuando obtienen un diagnóstico de una enfermedad que “no se cura” sino que se controla y gestiona a través del tiempo. Por ejemplo, en pacientes diabéticos, con frecuencia presentan alteraciones psicoemocionales, resultado de un estado perceptivo o mental por la carga emocional que acarrea esta enfermedad crónico-degenerativa. Esto ha llevado a que muchos autores consideren que la depresión y las alteraciones de la memoria en la diabetes mellitus comparten los mismos mecanismos psicológicos de duelo, miedo, culpa e incertidumbre que acompañan a otras enfermedades degenerativas, como la artritis reumatoide o los cánceres terminales (Castillo et al, 2010).

Ahora bien, en los servicios públicos de salud, se cuentan con esquemas establecidos para la atención de salud mental. La ley General de Salud contempla en el artículo 72 la salud mental y la prevención de las adicciones tendrá carácter prioritario dentro de las políticas de salud y deberán brindarse conforme a lo establecido en la Constitución y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos. En el Instituto mexicano del seguro social, se contempla la salud mental como servicio de consulta externa. Sin embargo, en la realidad pocas veces los pacientes tienen acceso llano y pleno a estos esquemas de atención, dejando a la deriva posibles padecimientos del orden mental que acompañan a procesos de enfermedad de largo plazo.

Asimismo, la falta de diagnóstico de los síntomas relacionados con los estados depresivos conduce a un inadecuado control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), pues las situaciones de estrés emocional que pueden ser provocadas por los factores psicosociales determinados por las condiciones discapacitantes de estas enfermedades, al generar un estado depresivo, crean una respuesta conductual negativa de afrontamiento frente a la misma enfermedad, por lo que algunos pacientes pueden incumplir sus esquemas de tratamiento, lo que los lleva a descompensarse, se agrava su enfermedad de base y el estado depresivo (Barrutia et al., 2022).

La salud mental se ha convertido en un tema de preocupación creciente en Chiapas, especialmente durante la pandemia de COVID-19, que exacerbó las condiciones de ansiedad y depresión en la población. De acuerdo con datos de la OPS y la OMS, se estima que, hasta el año en curso, el 3.8% de la población de Chiapas experimenta depresión, con un 5% en adultos (4% en hombres y 6% en mujeres) y un alarmante 5.7% en adultos mayores de 60 años (García, 2023).

Ante esta situación, desde el 2022, el IMSS incorporó la atención de salud mental bajo un nuevo esquema de atención. En ese año se otorgaron 818 mil 121 consultas de primera vez de salud mental y adicciones en población de 20 años o más y 93 mil 716 consultas a niños y adolescentes (Gobierno de México, 2023). Sin embargo, este esfuerzo continúa siendo insuficiente, principalmente en los servicios médicos de primer contacto y de control de enfermedades crónicas.

Como se puede apreciar, los problemas de Salud Mental afectan a nivel personal y social. Es por ello que consideramos de interés realizar este trabajo de investigación, toda vez que en los últimos años la depresión, el estrés, la ansiedad y el insomnio ha afectado a la población de una manera preocupante. De tal modo que las consecuencias de estos problemas de la salud mental que enfrenta un paciente con alguna enfermedad, pueden aumentar la posibilidad de manifestarla y obtener un descontrol, empeorar sus padecimientos; esto a su vez dificulta el manejo de su enfermedad. Por tanto, cobra relevancia identificar si padece algunos de estos problemas y a qué nivel.

III. MARCO TEÓRICO

3.1- Problemas de salud mental

3.1.1- Concepto de salud mental

La salud mental es un tema prioritario de salud pública, pues tiene implicaciones individuales, familiares, comunitarias y sociales; en términos de un sufrimiento que va más allá de las estadísticas y de la discapacidad o falta de independencia que puede llegar a generar (Restrepo y Jaramillo, 2022). El concepto de salud mental es aún difuso toda vez que, de acuerdo con Ardón-Centeno y Cubillos-Novella (2012), la naturaleza del concepto guarda estrecha relación con el marco contextual internacional, nacional y local, además que se vinculan con los derechos y condiciones de vida de cada comunidad en cuando a educación, vivienda, empleo, economía y el ambiente.

Fernández (2012), explica que, hasta hace no mucho tiempo atrás, la salud mental se planteaba como una dicotomía, a partir de la cual se categorizaba a una persona como mentalmente saludable o como enfermo mental. De esta manera, el enfermo mental era llamado “loco” o “demente” en un discurso claramente médico, psiquiátrico y psicológico. Desde una perspectiva psicológica, la dicotomía se planteaba desde lo que se considera normal o anormal. En este contexto, la conducta normal se refiere a la suficiente capacidad para relacionarse con su entorno de una manera flexible, productiva y adaptativa, en un marco referencial de equilibrio propio (Mebarak et al., 2009). Actualmente la salud mental va más allá de la ausencia de trastornos mentales o cuestiones estrictamente biomédicas. La salud mental se gesta en un complejo proceso a través del cual las personas gestionan su bienestar y sus problemas, con resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes de persona a persona, debido a discapacidades psicosociales o funcionales (OMS, 2022).

La OMS define la salud mental como un “estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad” (OMS, 2013, p. 9). Por su parte, Miranda-

Hiriart (2018) señala que salud mental se refiere a “un estado o condición del individuo, a un campo -conceptual y práctico- dentro de la salud pública, a una serie de patologías psiquiátricas y problemas psicosociales, incluso a un conjunto de iniciativas sanitarias, sociales y políticas” (p. 87). En complementariedad a estas definiciones, Lopera (2014) considera que la salud mental es fundamental para el bienestar y para el funcionamiento efectivo entre una persona y su comunidad. En este sentido, el autor recupera el sentido positivo de la salud, considerando que la salud mental incluye la autorrealización, la percepción de control sobre el entorno y la autonomía para resolver problemas.

De acuerdo con Tobón (2005), la salud mental tiene que ver con las características de las relaciones interpersonales y sociales en las que se desenvuelve cada persona, es decir, constituye un eje articulador de los aspectos humanos, sociales, políticos, económicos y ambientales para la construcción de un tejido social funcional y justo para que se puedan satisfacer las necesidades de la mayoría. En este mismo sentido, Barragán (2023), destaca que la salud mental es un proceso multidimensional y dinámico que deviene del equilibrio entre las diferentes dimensiones que integran al organismo humano: físico, psicológico, social y espiritual. En otras palabras, la salud mental, en un sentido positivo, tiene que ver con la sensación de llevar una vida significativa y con propósito, así como contar con lazos o vínculos sociales de calidad con otros.

En este mismo sentido complejo, Montero (2004; citado por Estay et al., 2018) resalta que para el mantenimiento de la salud mental influyen factores sociales, culturales y biológicos; esto es, lo que se aprende mediante la experiencia de crecer y vivir en una familia y sociedad, así como también condicionantes genéticas que pueden devenir en desviaciones patológicas. En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], define la salud mental como “Es el estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno socio-cultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés” (IMSS, 2025). En estos conceptos se distingue a los factores sociales y culturales que atraviesan el bienestar de las personas.

La salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de una persona y su comunidad. De ahí que en este trabajo se asume la salud mental un elemento inherente al

estado de salud de una persona que, además de componentes individuales, implica elementos socioculturales que en conjunto configuran el estado de bienestar.

3.1.2- Salud mental y salud física

Como se comentó en el apartado anterior la salud mental y física están intrínsecamente relacionadas de manera tal que, si la salud mental se deteriora, la salud física puede empeorar también, y, en otro sentido, si la salud física se afecta, pueden aparecer trastornos y problemas de salud mental (Jorde, 2014). De acuerdo con De la Guardia y Ruvalcaba (2020), la salud, abarca aspectos subjetivos tales como el bienestar físico, mental y social; capacidad de funcionamiento; y aspectos socioculturales como pueden ser la capacidad de adaptación y la realización de un trabajo productivo. En este sentido estos autores señalan que es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida.

Sin embargo, esta condición de equilibrio es difícil de alcanzar, pues las personas enferman y ven limitada sus capacidades físicas y, en algunos casos, su independencia, debido a la configuración de diversos determinantes que varían de persona a persona. López (2024) explica el esquema general en que la OMS organiza los determinantes del estado de salud de la población. El autor apunta estos determinantes se pueden organizar en cuatro niveles o eslabones sucesivos:

1. Determinantes estructurales de carácter macro. Se les conoce también como causas de las causas o determinantes de las desigualdades en salud. Entre estas se encuentran el sistema económico, el contexto político, el entorno ambiental, la cultura y las tradiciones, entre otros.
2. Determinantes intermedios o de segundo nivel. Se trata de todos aquellos determinantes que resultan de la estratificación o posición social de las personas, tales como el ingreso, el nivel educativo, el género, la raza; por citar algunos.
3. Determinantes específicos individuales. Se trata de los elementos de riesgo que asume cada persona como resultado de su estilo de vida, esto es, los medios materiales en los que se inscribe su vida, su conducta, sus hábitos, sus relaciones sociales entre otros.
4. Determinantes individuales fisiopatológicos. Son todos los elementos que pasan de ser un riesgo para las personas a problemas de salud específicos que pueden tener también

un componente genético. En gran medida estos problemas se relacionan también con el estrés y los estilos de vida no saludables.

En el caso de México, el contexto social, cultural y económico han sido históricamente propicios para desarrollar estilos de vida poco saludables. Esta idea la comparte Sánchez-Vega y Espinoza-Ortega (2004) al señalar que las personas actúan condicionadas por las estructuras sociales que en las que se desenvuelven, esto es, la estratificación económica, el contexto político, la cultura y la cohesión social. En este escenario, los índices de enfermedades crónicas no transmisibles en México, en los últimos años, han tenido una tendencia creciente, lo que se convierte en un problema de salud pública y un reto para los servicios de salud (Sosa y Barragán, 2019).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), la obesidad es uno de los principales problemas de salud pública en México y es factor de riesgo que se asocia con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión, hipertriglicemia (nivel elevado de triglicéridos) e hígado graso no alcohólico (INSP, 2024). Particularmente en torno a la diabetes, esta misma fuente apunta que, desde hace varios años, la prevalencia de la diabetes ha aumentado significativamente, lo que la ha convertido en una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. En México, la prevalencia pasó de 16.8% en 2016, a 18.3% en 2022, volviéndola la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad en el país (Basto-Abreu et al., 2024). De acuerdo con Paniagua-Herrera (2023), la falta de adherencia a un estilo de vida saludable, distinguida por una alimentación desequilibrada y la falta de actividad física, ha contribuido a esta situación.

De acuerdo con Guerrero et al. (2023), las enfermedades crónicas no transmisibles como son como la hipertensión, Diabetes Mellitus y patologías cardiovasculares incrementan la prevalencia de trastornos psicológicos como depresión, ansiedad y estrés. Al mismo tiempo, los autores señalan que, en sentido inverso, las emociones influyen en la salud, pues una gestión emocional positiva refuerza el sistema inmunológico, mientras que emociones negativas, como la tristeza o angustia, lo deprimen. Desde la perspectiva de Grau (2016), entre las consecuencias del diagnóstico de las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentran aquellas de carácter psicosocial, las cuales vulneran la integridad de las personas, generan incertidumbre, modifican hábitos y rutinas, interfieren con la vida cotidiana, pueden llegar a comprometer la estabilidad laboral y la subsistencia, generar dependencia y aislamiento social.

Por su parte, Burrutia et al. (2022), sostiene que la asociación entre los trastornos mentales, tales como la ansiedad y la depresión, con las enfermedades crónicas no transmisibles ocurren de modo bidireccional, es decir, que la presencia de una problemática predispone el desarrollo de la otra. En este sentido, Aguilar-González et al. (2023) señalan que las enfermedades crónicas llegan a vulnerar la salud mental de las personas, particularmente cuando limitan sus capacidades físicas o la toma de decisiones autónomas. Cuando esto ocurre y la autonomía se limita, ya sea por dolor recurrente o discapacidad, es común que las personas presenten estados depresivos y de ansiedad recurrentes. El decaimiento en el estado de ánimo, en la opinión de los autores, influye negativamente en la evolución de la enfermedad, la adherencia al tratamiento médico indicado y en la recuperación o mitigación de los síntomas.

El Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos [NIH] (2021), subraya que el riesgo de padecer depresión se incrementa cuando se padece alguna otra enfermedad física; además que cuanto esta se acompaña con estrés y ansiedad, también puede exacerbar el cuadro depresivo. Esto es relevante, pues la misma fuente indica que aunado a los síntomas de la enfermedad física, se pueden sumar los síntomas de la depresión, tales como sentimiento constante de tristeza, desesperanza, irritabilidad, sentimientos de culpa, fatiga, problemas de sueño, dolor de cabeza, trastornos digestivos, pensamientos suicidas, entre otros. En este mismo sentido, Arango-Dávila y Rincón-Hoyos (2018) apuntan que una alta proporción de los trastornos depresivos se acompañan de manifestaciones ansiosas y dolor en alguna parte del cuerpo, es decir, que las manifestaciones dolorosas causan o empeoran los síntomas depresivos y ansiosos.

De manera particular, en el caso de la diabetes, Leitón-Espinoza et al. (2018). destacan el impacto emocional que conlleva el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, el cual, en muchos casos deviene en problemas de salud mental como ansiedad, depresión y desesperanza ante la pérdida de salud. En este sentido, las autoras resaltan que, de cierta manera, las personas con el diagnóstico de esta enfermedad crónica metabólica viven un proceso de duelo hacia la resignación que se adhiere a un estado general de infelicidad. Algo semejante ocurre con la hipertensión, pues de acuerdo con Palacio et al. (2020), las emociones influyen en el ánimo de los pacientes desde el mismo día que se diagnostica la patología hipertensiva. En este caso, de acuerdo con los autores, se desencadena una angustia existencial

debido a que esta enfermedad obliga a un cambio de hábitos hacia un estilo de vida menos estresado. En este sentido, la salud mental se compromete ante los diversos estresores laborales y cotidianos que directamente pueden desencadenar episodios de aumento súbito de la presión arterial, las cuales pueden tener desenlaces fatales.

Respecto al sobrepeso y obesidad, otra de las variables exploradas en este trabajo, Salazar-Blandón et al. (2016), expone que unas ingestas alimentarias excesivas junto con un estilo de vida sedentario predisponen al aumento de peso que, a su vez, puede asociarse con síntomas de ansiedad y depresión. En sentido inverso, los pacientes con problemas de salud mental son más susceptibles al desarrollo de obesidad y complicaciones cardiometabólicas relacionadas, tales como la hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes y enfermedades cardiovasculares (Vera-Ramírez et al., 2019). Por su parte, Kaufer-Horwitz y Perez-Hernández (2022) resaltan que la presencia de problemas de salud mental o emocionales pudieran ser causantes de la obesidad, al mismo tiempo que, cuando logra revertirse el sobrepeso los beneficios se extienden al sistema inmunitario y a la salud emocional.

3.1.3- Salud mental en México y Chiapas

La atención de la salud mental en México, representa un desafío pendiente para el sistema de salud de México, toda vez que requiere de un enfoque integral que involucre a los tres niveles de gobierno (Federal, Estatal y Municipal), así como de redes de apoyo familiar y comunitario, sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y, por supuesto, al personal de salud (Pérez y Ortiz, 2022).

De acuerdo con Toche (2023), en México, 25% de la población mexicana va a presentar al menos un trastorno o problema de mental en algún momento de su vida. No obstante, del total de casos, solamente el 20% recibe atención profesional; además que el diagnóstico suele retrasarse hasta 12 años. De acuerdo con los datos del censo del 2020 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se estima que en México existen un millón 590 mil 583 de personas con algún problema o condición mental de los cuales 54% son hombres y 46% por ciento mujeres. De acuerdo con los registros más recientes INEGI, (2023), la tasa nacional de egresos hospitalarios en establecimientos privados fue de aproximadamente 1 763 egresos por cada 100 000 habitantes en 2022. A nivel estatal, Baja California registró tasas

considerablemente más altas (alrededor de 4 263 por cada 100 000), mientras que entidades como Tabasco y Oaxaca se ubicaron por debajo del promedio nacional. Estos datos reflejan las diferencias regionales en el acceso y uso de los servicios de salud en México.

En este escenario, el padecer algún problema o condición mental en México es muy complicado, toda vez que conforme la edad avanza, pueden aparecer complicaciones que se exacerban sin la atención adecuada. De acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud (2020), el trastorno mental más frecuente en México es la depresión, que afecta a 5.3 % de la población, seguido del consumo de alcohol con 3.3% y el trastorno obsesivo compulsivo con 2.5%. En este escenario, cabe destacar que Estados Unidos, México y Reino Unido se ubican entre las naciones con mayor incremento de casos de ansiedad y depresión. En este sentido, Soto (2023) refiere que, de acuerdo datos del departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, México ocupa el lugar 16 de los países del mundo con mayor número de personas con depresión, toda vez que se estima que hasta el 8% de la población la que la padece, siendo las mujeres quienes presentan mayor riesgo de padecerla. La misma autora recupera una aseveración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la crisis global sanitaria por Covid-19 en la que advertía que, si esta problemática no es atendida con urgencia, en los próximos años podría llegar a ser una de las principales causas de discapacidad.

Además de la depresión, otras afectaciones de salud mental también van a la alza. Tan solo entre enero y septiembre de 2024, se reporta que el 53% de las consultas en el sistema de salud nacional fueron para tratar casos relacionados con ansiedad y 25% de depresión (Badillo, 2025). Al respecto, Linares (2024) expone que, de acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua del año 2022, el 19.3% de la población adulta presenta síntomas severos de ansiedad y poco más del 30% puede llegar a mostrar niveles leves o moderados. En la misma revisión, Linares detalla que, además de la ansiedad, también se ha incrementado la proporción de personas que presentan problemas para dormir, particularmente en los adolescentes, toda vez que pasó del 12.3% en 2021 al 15.6% en 2022 en este grupo de edad. En población adulta, de acuerdo con datos del sector salud, se estima que cerca del 45% de la población mexicana padece algún trastorno del sueño, siendo el insomnio uno de los más comunes (Robles, 2023). Esta misma fuente refiere al estudio realizado por la empresa Emma The Sleep Company México, a quienes a partir de encuesta nacional en torno a los hábitos de

sueño, reportaron que cerca del 75% de los mexicanos encuestados dijo padecer insomnio, de los cuales 10.6% lo describen como severo, 32% regular y 32.8 como leve. Estos datos cobran particular relevancia, debido a que el insomnio puede favorecer el desarrollo de otros trastornos como depresión y ansiedad, además de afectar la memoria, la concentración y el rendimiento laboral.

Respecto al estrés, de manera general, de acuerdo a un estudio realizado por el Centro de opinión pública de la Universidad del Valle de México (COPUVM, 2020), el 74% de los mexicanos afirma haberse sentido estresado, en algún momento de la semana previa, debido a diversas causas, entre las que se encuentran la inseguridad, problemas laborales, problemas económicos, la salud o la familia. Esto es consistente con lo reportado por la Secretaría de Salud, la cual reportó en 2021, que se ha identificado que cerca del 75% de los mexicanos han experimentado síntomas relacionados con el estrés en algún momento de su vida (SSA, 2021). La sintomatología del estrés puede ser ocasional o sintomático. En el caso del estrés sintomático, suele ser crónico y puede asociarse a otras patologías, tales como ansiedad, depresión e hipertensión. El estrés sintomático se refiere a la aparición de signos y síntomas físicos, conductuales y emocionales que derivan de una sobrecarga en el sistema nervioso, los cuales pueden incluir dolores de cabeza, insomnio, irritabilidad, problemas digestivos, entre otros (Lazarus y Folkman, 1984). Por lo anterior El estrés sintomático puede considerarse una problemática de salud pública en México que, desafortunadamente, permanece invisibilizada y normalizada.

Particularmente, en el estado de Chiapas, el número de personas con algún problema de salud mental va a la alza, con tendencias preocupantes en suicidios, depresión y ansiedad, principalmente entre la población joven (García, 2024). La misma fuente refiere que en durante el 2020 en Chiapas se registraron 203 suicidios, aumentando a 245 en 2021 y 265 en 2022. García (2023) refiere que, de acuerdo a datos oficiales, en Chiapas para el 2021 se estimó una prevalencia de depresión del 25.2% y de ansiedad del 20.5% en personas de mayores de 18 años, siendo estos problemas más frecuentes en mujeres que en hombres. De acuerdo con el director de salud pública del Instituto de Salud de Chiapas, Orlando García Morales, en Chiapas, en los últimos años se ha registrado un incremento de pacientes con enfermedades como la ansiedad, depresión y pensamientos suicidas (Heraldo de Chiapas/Redacción, 2025).

La severidad de la problemática no se ve reflejada en los esquemas de atención disponibles. En el país, del total del presupuesto que destina al rubro de salud, solamente el 2% se destina a la atención de trastornos mentales y, del total de esa cantidad, el 80% se destina para el mantenimiento de los hospitales psiquiátricos existentes (Gaceta parlamentaria, 2024). En este escenario, Servín (2023) revela que en México, sólo el 20% de las personas con enfermedades mentales llegan a recibir atención profesional. Esto hace evidente que las enfermedades mentales no son un eje prioritario en el sistema de salud, lo que dificulta su atención integral. En Chiapas, hasta antes del 2020, únicamente se contaba con una unidad de atención especializada en salud mental, el hospital de segundo nivel San Agustín, el cual atiende a un grupo amplio de patologías, problemas psicológicos y de comportamientos (Nájera-Ortiz et al., 2023). Recientemente, en 2022, en Chiapas se inauguró el Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones el cual forma parte de una nueva estrategia de atención gratuita y universal de la salud mental a nivel nacional, con lo cual se busca atender este evidente rezago (Secretaría de Salud, 2022).

De manera institucional, no ha sido sino hasta el 2022, cuando en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se materializó el Programa Integral de Salud Mental del IMSS 2021-2024 (PISM-IMSS), lo que significó que, por primera vez, se abriera la posibilidad de proporcionar servicios de salud mental y adicciones de la población derechohabiente, bajo un esquema de atención primaria. Este programa considera la promoción de la salud, la prevención de factores de riesgo, el tamizaje, el diagnóstico oportuno y no solo la hospitalización y el suministro de fármacos (Palacios-Jiménez et al., 2022).

3.1.4- Problemas de salud mental

Como ya se ha expuesto anteriormente, en México, la depresión y la ansiedad se encuentran entre los principales problemas de salud mental (Medina-mora et al., 2023). A ellas se suman el estrés y los problemas de sueño, los cuales, también se asocian a otras problemáticas de salud, tales como diabetes, problemas metabólicos e inmunitarios. En este apartado se describen los problemas de salud mental considerados en esta investigación.

3.2 Depresión

De acuerdo con la (OMS, 2022) la depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. El trastorno depresivo (o depresión) implica un estado de ánimo decaído o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo. A diferencia de los cambios habituales en el estado de ánimo o sentimientos, la depresión se distingue por ser persistente y suele ser causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. La palabra Depresión viene del latín depression: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. La depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión (Riveros et al., 2005). Por su parte, Morales (2017) señala que la depresión suele expresarse en el aumento del nivel de angustia en el paciente, la cual puede afectar su capacidad para realizar las tareas cotidianas. En este contexto llega a afectar las relaciones con la familia, los amigos y en el trabajo, con el consecuente perjuicio económico y social. El autor describe que según la cantidad e intensidad de los síntomas, la depresión puede clasificarse como leve, moderada o grave, siendo el máximo riesgo el suicidio.

Por otra parte de la Academia Americana de Pediatría (AAP) menciona que algunos criterios del diagnóstico de la depresión característicos como pérdida de interés, bajo peso sin hacer dietas, insomnio o hipersomnia la mayor parte de los días, fatiga pérdida de energía, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse y pensamientos de muerte, al igual que en el ámbito social, donde la persona puede experimentar un deterioro en sus relaciones y en su desempeño laboral. Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) establece que la presencia de cinco o más de las siguientes manifestaciones durante un periodo de al menos dos semanas corresponde a un cuadro depresivo (Samaniego-Garay et al., 2023).

“1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día o casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., la persona se siente triste, vacía, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., “Se le ve lloroso”).

- 2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del tiempo casi todos los días.
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días (en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
- 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- 5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- 7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- 9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo de morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio con un plan específico.” (p. 501)

Estos síntomas, de acuerdo con el manual referido, son relevantes si causan un deterioro social o laboral, además que no deben ser atribuibles al consumo de sustancias.

3.2.1 Tipos de depresión

Según su intensidad los trastornos depresivos se pueden clasificar como: leves, moderados o graves según el DSM V, las gravedades de los episodios están dados por número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como el deterioro funcional (American Psychiatric Association, 2013). En este contexto, la depresión leve incluye síntomas como el ánimo depresivo, pérdida de interés por las cosas que habitualmente hacía, baja sensación de placer, aumento de fatigabilidad y dolores corporales leves. Por otra parte, a un nivel moderado, se suele distinguir el estado de ánimo melancólico, dificultad para desarrollarse laboral o domésticamente, disminución de la interacción social, falta de energía, desánimo para comer, evidente pérdida de interés y placer. En un nivel severo, puede apreciarse en la persona la pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa, ideación suicida, alteraciones psicomotoras, aislamiento, problemas de sueño, alucinaciones e, incluso, delirios.

Por su parte, Gastó et al. (2017), clasifica la depresión en cuatro subtipos:

- Depresión mayor: los síntomas depresivos son intensos y aparecen en forma de episodios (duran semanas o meses).
- Distimia (o trastorno distímico): los síntomas depresivos son menos intensos, pero son muy incapacitantes porque son crónicos (duran como mínimo dos años).
- Trastorno adaptativo: los síntomas depresivos son leves, están presentes durante un período breve de tiempo y se deben a algún problema (factor estresante agudo) que ha sufrido el paciente.
- Otros trastornos depresivos: en este apartado hay que incluir los síndromes depresivos que pueden formar parte del conjunto de síntomas de otras enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, el trastorno bipolar) y no psiquiátricas (por ejemplo, anemias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo).

En ambos casos se hace referencia a cierto nivel de intensidad de la condición de las personas que sufren depresión, los cuales, pueden ir desde los leves hasta los graves.

3.2.2 La depresión y sus implicaciones en la vida personal y salud física

La depresión es una enfermedad compleja que tiene múltiples causas y presenta una variedad de síntomas en cuanto a intensidad, lo que dificulta identificar con precisión los factores que contribuyen a su aparición y mantenimiento. Estos factores de riesgo son variados y dependen de circunstancias particulares de cada individuo, lo que complica aún más su análisis. Además, existen comorbilidades (enfermedades asociadas) que aumentan el riesgo de desarrollar depresión, especialmente en personas con problemas cardiovasculares o endocrinos, como la diabetes, trastornos de la tiroides, o enfermedades como el síndrome de Cushing. La depresión afecta profundamente la salud y la calidad de vida de quienes la padecen, con consecuencias socio-psicológicas importantes. Uno de los riesgos más graves de la depresión es que puede conducir a la conducta suicida, siendo el suicidio el peor desenlace posible de esta enfermedad. También se observa que el riesgo de suicidio es mayor en la adolescencia y en personas mayores, y que los hombres son más vulnerables (Viñuales, 2022).

Con respecto a la depresión tiene un impacto significativo en el funcionamiento social y ocupacional de una persona, lo que significa que afecta tanto su capacidad para relacionarse

con los demás como para desempeñarse en su trabajo o actividades diarias. De hecho, la depresión puede ser incluso más debilitante que varias enfermedades crónicas y degenerativas, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide. También supera en impacto a problemas como la pérdida de audición asociada al envejecimiento y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Sin embargo, la depresión es superada solo en gravedad por dolores de espalda (lumbalgias) y dolores de cabeza intensos (cefaleas) (Corea, 2021).

Además, los síntomas depresivos son comunes en personas que padecen enfermedades cardiometabólicas, como problemas relacionados con el corazón y el metabolismo. Aquellas personas que experimentan depresión tienen una mayor probabilidad de desarrollar trastornos metabólicos y vasculares, que son componentes del síndrome metabólico (un conjunto de factores de riesgo que aumentan la posibilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares y diabetes). La presencia frecuente de cambios metabólicos y vasculares, incluso cuando no son completamente evidentes, en adultos con síntomas depresivos, resalta la importancia de incluir la depresión dentro del perfil de factores de riesgo para estas enfermedades (Carranza, López, & Alveano, 2011).

3.3 Ansiedad

El término ansiedad tiene origen en el latín *anxietas* que significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Actualmente es un concepto que ha cobrado notoriedad en la psicología y la psiquiatría, sin embargo, es un constructo ambiguo y difícil delimitar, ya que existen en él, distintos significados (Perez, 2022). La ansiedad, de acuerdo con Soriano et al. (2019), refiere a un estado de agitación ante la anticipación de una algo que se asume como un riesgo o amenaza, en la cual pueden aparecer síntomas psíquicos. Es así que se puede decir que la ansiedad es una respuesta emocional ante la presencia de una amenaza, con manifestaciones a nivel cognitivo, emocional, fisiológico y motor. Según la OMS (2017), la ansiedad es un problema común de salud mental que afecta la capacidad laboral y la productividad. En este contexto, la OMS (2017) señala que se trata de una respuesta involuntaria que surge al anticipar situaciones cotidianas que se perciben como desafiantes o peligrosas, por ejemplo, entrevistas de trabajo, exámenes, problemas familiares, o sobrecarga académica. Los síntomas asociados a la ansiedad incluyen taquicardia, preocupación, respiración acelerada, miedo y rigidez muscular.

Datos disponibles en la OMS, indican que más de 260 millones de personas en el mundo padecen este tipo de trastornos (Pinargote y Guale, 2019).

Desde esta perspectiva la ansiedad es una reacción emocional que surge al percibir peligro o amenaza, caracterizada por su naturaleza anticipatoria y activadora. Aunque puede ayudar al individuo a responder a retos, si es intensa y persistente, puede dificultar su capacidad de afrontar situaciones. La incertidumbre también contribuye a la ansiedad al reducir la capacidad de adaptación (Torrents et al., 2013). Como plantea Fernández et al. (2012), la ansiedad es una emoción común y normal frente a situaciones cotidianas estresantes. Sin embargo, se vuelve patológica cuando supera la capacidad de adaptación de la persona, generando malestar significativo con síntomas físicos, psicológicos y conductuales. Aunque los trastornos de ansiedad son los más frecuentes dentro de las alteraciones psiquiátricas, suelen pasar desapercibidos y no se tratan adecuadamente. En una idea más concreta, Rio-Robles et al. (2023), señalan que la ansiedad es la reacción del cuerpo al estrés.

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes que cualquier otra clase de trastorno psiquiátrico. Se estima que alrededor de un tercio de las personas cumplirá con los criterios para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida (Barnhill, 2024). De acuerdo a esta fuente, la ansiedad es un estado emocional displacentero que provoca un nerviosismo e intranquilidad, el cual tiene como característica distintiva la anticipación hacia algo que se asume como amenazante, no obstante, no existan elementos que la identifiquen como tal. Este estado emocional puede provocar incluso reacciones corporales, como sudoración o náuseas. Cuando la ansiedad causa malestar excesivos o discapacidad, se considera patológica y, por lo tanto, un problema de salud mental.

3.3.1 Tipos de ansiedad

Según (Chacón et al, 2012) los trastornos de ansiedad (TA) se caracterizan por un miedo excesivo, angustia, ataques de pánico y la evitación de situaciones amenazantes, lo que puede afectar el rendimiento social, académico y laboral. Según el Manual de diagnóstico de trastornos mentales (DSM-5, 2013), los principales tipos de TA incluyen:

1. Trastorno de ansiedad por separación: miedo excesivo e inapropiado ante la separación de personas a las que se tiene apego.

2. Mutismo selectivo: incapacidad constante para hablar en situaciones sociales específicas, aunque se hable en otras circunstancias.
3. Trastorno de pánico: ataques de pánico recurrente e imprevisto, caracterizados por miedo o malestar intenso que alcanza su punto máximo en minutos.
4. Agorafobia: miedo intenso a estar en lugares o situaciones donde escapar sería difícil o no se recibiría ayuda si surgieran síntomas de pánico.
5. Fobia específica: miedo o ansiedad intensa hacia objetos o situaciones específicas, como volar, las alturas o los animales.

De acuerdo al manual, la ansiedad por la separación y el mutismo selectivo suelen aparecer en edades tempranas, en tanto que el resto se presentan en la adultez. Además de estos, otros problemas de salud mental suelen incluir ansiedad son el trastorno de estrés agudo, trastornos de adaptación y trastorno de estrés postraumático (DSM-5, 2013).

3.3.2 La ansiedad y sus implicaciones en la vida personal y salud física

Los trastornos de ansiedad son causados por una combinación de factores sociales, psicológicos y biológicos. Aunque cualquiera puede experimentarlos, las personas que han enfrentado abusos o pérdidas significativas tienen más probabilidades de desarrollar este trastorno. Además, los trastornos de ansiedad están vinculados a la salud física, ya que factores como la tensión física o el consumo excesivo de alcohol pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, y las personas con estas enfermedades también pueden desarrollar ansiedad debido a las dificultades asociadas con su tratamiento. Entre las estrategias para prevenir la ansiedad se incluyen la formación de padres, programas escolares que fomenten el aprendizaje emocional y social, y programas de ejercicio físico, que han demostrado ser útiles tanto en niños como en adultos (OMS, 2023).

La ansiedad elevada en los estudiantes universitarios está vinculada a diversos factores individuales, familiares, sociales y ambientales. A nivel individual, factores como la dificultad para manejar el estrés, la falta de habilidades sociales y el consumo de sustancias pueden aumentar el riesgo de ansiedad. En el ámbito familiar, la disfunción, conflictos, violencia, falta de apoyo emocional y problemas económicos son factores que también pueden contribuir a la ansiedad. El ambiente familiar afectado por estos problemas incrementa la probabilidad de trastornos de ansiedad, aunque la forma en que esto impacta depende de la personalidad y

capacidad de afrontamiento del joven. En cuanto a los factores sociales y ambientales, el estrés económico, profesional y académico, junto con el aislamiento social o dificultades para adaptarse a la universidad, también juegan un papel importante en el desarrollo de ansiedad (Otero, 2014).

3.4 Estrés

La raíz etimológica de la palabra estrés se puede encontrar en el vocablo *distres* que, en inglés antiguo, significa pena o aflicción. En este caso, esta pena o aflicción se genera como parte de un proceso adaptativo de emergencia ante cambios impredecibles, el cual permite la supervivencia de las personas. En esta connotación, el estrés no es una emoción sino un agente generador de emociones (Sierra et al., 2003). Formalmente, se le atribuye a Hans Selye (1973; citado por Barrio, 2006, p. 38) la primera definición del estrés, en a principios de los años setentas, conceptualizó el estrés como “la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que sobre él se ejerce”. Esta definición ya coincide con la perspectiva en relación a considerar al estrés como un esfuerzo adaptativo frente a un problema y no como un problema en sí mismo. En su teoría, Selye distingue entre el estrés eustrés (positivo) y el distrés (negativo), sugiriendo que la respuesta fisiológica no siempre es dañina, sino que puede ser útil para la supervivencia cuando es manejada adecuadamente.

Al respecto López Santana et al. (2014), coincide con Selye respecto a que el estrés es una respuesta del organismo ante estímulos que tienden a romper con su equilibrio, la cual puede implicar elementos psicológicos, neurológicos y endocrinos. De esta manera, la respuesta es parcialmente inespecífica, pues no todas las personas reaccionan de la misma forma, incluso a estímulos y contextos semejantes. En este sentido, los autores señalan que el carácter estresante es un fenómeno psicosocial que no depende del estímulo en sí, sino de la significación atribuida a dicho estímulo por parte de la persona y su experiencia previa. Respecto a los estímulos, Lopez Santana et al. (2014) refieren que estos pueden tener un origen psicosocial, tales como el trabajo, la familia y las relaciones interpersonales; origen físico, tales como el clima o el ruido; o biológico, en el caso de las enfermedades o limitaciones físicas.

En épocas más recientes, otros autores han aportado otras definiciones de estrés. Por ejemplo, Ávila (2014), el estrés es una respuesta natural del cuerpo ante situaciones difíciles, que con el tiempo puede afectar diferentes funciones. El mismo autor, señala que el estrés es manejable si se lleva un estilo de vida equilibrado y organizado. Actualmente, existen diversos tratamientos para controlarlo, y en muchos casos, basta con hacer cambios en la rutina diaria según el tipo o etapa de estrés. Aspectos como la alimentación, el ejercicio, y terapias de relajación son fundamentales para combatirlo. Comprender el estrés es importante, ya que cualquiera puede enfrentarse a él. Por su parte, Míguez (2020) refiere que el estrés es una reacción natural del cuerpo ante situaciones que requieren enfrentarse a un desafío. Puede ser breve y útil (adaptativo) o prolongado y perjudicial (crónico). De acuerdo con Míguez, cuando se vuelve crónico, puede causar problemas de salud como alteraciones cardiovasculares, inmunológicas, conductuales y del sueño, afectando también las relaciones personales. Algunas ocupaciones aumentan la probabilidad de experimentar estrés crónico. Esto coincide con lo que ya años anteriores había señalado Sapolsky (1998), quien explicó que la exposición prolongada niveles altos de estrés puede tener efectos devastadores a largo plazo, como trastornos cardiovasculares, debilitamiento del sistema inmunológico y alteraciones en el funcionamiento cerebral. Esto, en términos fisiológicos, McEwen (2007) lo describe como una reacción del sistema nervioso simpático, en la cual se liberan hormonas como el cortisol y la adrenalina, lo que hace aumentar la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la energía disponible para afrontar una amenaza. Por otra parte, fisiológicos, el estrés desencadena la activación del sistema nervioso autónomo y el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA), lo que conduce a la liberación de hormonas como el cortisol y la adrenalina. Esta respuesta prepara al organismo para enfrentar una amenaza, incrementando la frecuencia cardíaca, elevando la presión arterial y movilizand energía hacia los músculos y otros órganos vitales. (James et al., 2023).

Desde esta perspectiva de salud, Aguilar González et al. (2023) refieren que el estrés es un problema de salud común que surge de la interacción entre la persona y su entorno. Por ejemplo, en el ámbito académico, los estudiantes enfrentan altos niveles de exigencia que pueden provocar agotamiento, desinterés, nerviosismo y pérdida de control, afectando su rendimiento y bienestar. Esta situación puede llevar a problemas como insomnio, consumo de drogas y evasión de responsabilidades, impactando negativamente su formación profesional y metas personales.

En relación a las causas del estrés, se puede decir que son diversas y varían dependiendo del contexto y de la experiencia individual de cada persona. Respecto al contexto, se pueden identificar a las cargas laborales, las dificultades económicas, las relaciones interpersonales y los eventos traumatizantes como algunos detonantes del estrés. Un estudio de la American Psychological Association (APA, 2017), reveló que el estrés relacionado con el trabajo es uno de los factores más frecuentes en la sociedad moderna. Esto debido a la presión por cumplir con expectativas profesionales y personales que, sumada a la falta de recursos adecuados, contribuye al aumento de los niveles de estrés en individuos de diversas edades y ocupaciones. Por otra parte, los factores internos, como la percepción de control sobre una situación, la personalidad y los mecanismos de afrontamiento, también influyen en la experiencia del estrés.

3.4.1 Tipos de estrés

Desde el punto de vista de la American Psychological Association (2010), el estrés puede clasificarse en tres tipos principales:

1. Estrés agudo: Es el más común y surge por eventos recientes o próximos. Aunque puede ser estimulante en pequeñas dosis, su exceso provoca molestias físicas y emocionales como dolores de cabeza, malestar estomacal y tensión muscular. Es breve y tratable. Algunos ejemplos de situaciones que generan este tipo de estrés pueden ser accidentes o eventos imprevistos súbitos.
2. Estrés agudo episódico: Se presenta en personas que enfrentan crisis frecuentes, caracterizadas por una sensación constante de urgencia y competitividad. A menudo está relacionado con un estilo de vida sobrecargado de responsabilidades, exigencias laborales o conflictos interpersonales. Quienes lo padecen suelen experimentar dificultad para relajarse, sensación de estar siempre apresurados y una presión constante autoimpuesta. Entre sus síntomas más comunes se encuentran las migrañas, la hipertensión y los problemas cardíacos, por lo que en muchos casos es necesario un tratamiento profesional para controlarlo.
3. Estrés crónico: Es prolongado y agotador, asociado con situaciones difíciles sin salida aparente, como pobreza o traumas infantiles. Aparece como resultado de

la concatenación de diversos acontecimientos estresantes o una misma situación mantenida durante mucho tiempo. Este tipo de estrés puede pasar desapercibido, pero afecta gravemente la salud mental y física, contribuyendo a enfermedades graves y, en casos extremos, a la muerte. Su manejo requiere apoyo médico y psicológico.

Cada tipo de estrés tiene síntomas, causas y tratamientos distintos, por lo que es importante reconocerlos y abordarlos adecuadamente.

3.4.2 El estrés y sus implicaciones en la vida personal y la salud física

Las situaciones estresantes, de acuerdo con López-Santana et al. (2014), tiene dos elementos claves: la situación que provoca una respuesta de estrés y la respuesta de estrés; esto es, la reacción inespecífica del organismo que se dispone para enfrentar a dicho estímulo. En esa reacción, los efectos resultantes del estrés en la salud y vida personal abarcan una amplia gama de dimensiones y pueden llegar a ser superficiales o muy profundas. En el corto plazo, el estrés puede ser útil al proporcionar la energía necesaria para enfrentar un desafío. Sin embargo, la exposición prolongada al estrés crónico puede generar una serie de problemas de salud física y mental. Un estudio realizado por la Universidad de Harvard (2010) reveló que personas con niveles elevados de estrés crónico tienen mayor riesgo de sufrir infartos o accidentes cerebrovasculares, debido a que un estado de estrés permanente puede contribuir a padecer enfermedades como hipertensión y diabetes tipo 2. A nivel mental, el estrés puede favorecer la aparición o exacerbación de otros problemas de salud mental como la ansiedad, la depresión y el insomnio. Adicionalmente, Kiecolt-Glaser et al. (2002) demostró que el estrés prolongado puede afectar la memoria y la capacidad de concentración, lo que impacta negativamente en el rendimiento académico y profesional.

Dentro de los principales estímulos que propician estrés en las personas es el trabajo. El estrés laboral genera consecuencias importantes tanto a nivel personal como organizativo. En el ámbito personal, puede afectar la salud física (problemas gastrointestinales, cardiovasculares, insomnio, entre otros), la salud mental (ansiedad, depresión, dificultad para concentrarse) y las

relaciones sociales, causando aislamiento y conflictos. En el ámbito organizativo, disminuye la productividad, fomenta conflictos entre compañeros, incrementa los costos por ausentismo y accidentes, y propicia una mayor rotación de personal. Además, puede derivar en acoso psicológico (mobbing), síndrome de burnout y conductas perjudiciales como adicciones, lo que agrava los problemas tanto para la persona como para la gente de su circula laboral y social (Durán, 2010).

Desde la posición de Herrera et al. (2017), el estrés es una enfermedad en aumento que afecta a hombres y mujeres de manera distinta, siendo más frecuente en mujeres. En América Latina se considera una “epidemia laboral moderna” que impacta negativamente la productividad, según la OIT. En Estados Unidos, los hispanos tienen niveles más altos de estrés y un riesgo elevado (21-32%) de desarrollar hipertensión. Otro elemento a descarta, es el hecho que el estrés crónico está estrechamente relacionado con enfermedades cardiovasculares, que son la principal causa de muerte mundial, con 17.5 millones de fallecimientos anuales en 2012, cifra que podría aumentar a 23.6 millones en 2030. Además, se ha asociado con el desarrollo de cáncer, especialmente en mujeres, quienes tienen hasta 3.7 veces más riesgo de padecer cáncer de mama si enfrentan altos niveles de estrés. Los nuevos casos de cáncer a nivel global también van en aumento.

De acuerdo con el portal especializado CIGNA (2023), el estrés crónico puede afectar negativamente al cuerpo y al cerebro al debilitar el sistema inmunológico, aumentando el riesgo de enfermedades que van desde resfriados hasta problemas graves. En situaciones de estrés, el cuerpo libera cortisol, una hormona que regula funciones como el sueño, peso, presión arterial y azúcar en sangre. Aunque útil a corto plazo, niveles elevados de cortisol durante mucho tiempo provocan inflamación y disminución de glóbulos blancos, debilitando aún más las defensas del organismo.

3.5 Problemas de sueño

El sueño es una necesidad biológica esencial para el funcionamiento óptimo del cuerpo y la mente. Cuando no hay un sueño de calidad debido a problemas como insomnio, la apnea del sueño y otros trastornos, se reduce la calidad de vida, deteriorando la salud mental y física (Instituto de Salud para el Bienestar, 2022). En este sentido, debido a los estilos de vida

actuales, los trastornos del sueño se han convertido en un problema creciente que afecta a muchas personas.

El sueño es, entonces, una necesidad fisiológica restaurativa y esencial que ocupa un tercio de la vida del ser humano. A pesar de ser una de las patologías más frecuentes en el ser humano, las referencias a los problemas de sueño son escasas hasta el siglo XIX. El estudio del sueño como actividad fisiológica no comenzó hasta 1929 con el descubrimiento de la electroencefalografía por el neuropsiquiatra alemán Hans Berger, desterrando definitivamente la idea del sueño como un estado unitario y homogéneo (Gallego, 2013), respecto al sueño, hoy en día, Lira y Custodio (2018) apunta que hay evidencias clínicas para atribuirle al sueño las siguientes funciones (p. 21):

- 1) Restablecimiento o conservación de la energía
- 2) Eliminación de radicales libres acumulados durante el día
- 3) Regulación y restauración de la actividad eléctrica cortical
- 4) Regulación térmica
- 5) Regulación metabólica y endocrina
- 6) Homeostasis sináptica
- 7) Activación inmunológica y
- 8) Consolidación de la memoria

Todas estas funciones se ven comprometidas cuando una persona padece de manera transitoria o en largos periodos de tiempo algún problema de sueño. Las alteraciones en el ciclo natural de sueño, de acuerdo con Marín-Agudelo et al. (2008) en gran parte de debe al contexto cultural y socio-laboral del momento, el cual condiciona las actividades humanas como el trabajo, la escuela y el entretenimiento; imponiendo ritmos no naturales de vida a los que las personas luchan por adaptarse.

En este sentido, en los últimos años, la alta exposición a dispositivos electrónicos puede propiciar padecer problemas de sueño. De acuerdo con la Unidad de Trastornos del Movimiento y Sueño del Hospital General “Manuel Gea González” la exposición por periodos de tiempo prolongados a pantallas de dispositivos electrónicos; como smartphones, tablets o computadoras, disminuye la secreción de melatonina, hormona que regula el ciclo del sueño y

vigilia, y aumenta los niveles de cortisol, hormona del estrés. Esto impide a la persona dormir de forma adecuada (Secretaría de salud, 2023).

3.5.1 Principales trastornos de sueño

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño contempla 4 categorías principales de problemas de sueño (Sateia, 2014):

- 1) Disomnias: Incluyen el insomnio, la hipersomnia (exceso de sueño durante el día) y la somnolencia diurna.
- 2) Parasomnias: Incluyen pesadillas, terrores nocturnos y sonambulismo.
- 3) Trastornos relacionados con afecciones mentales: Pueden ser causados o exacerbados por problemas como la ansiedad o depresión.
- 4) Trastornos no bien catalogados: Incluyen aquellos que no encajan claramente en las categorías anteriores.

Entre los problemas de sueño, el más frecuente es el insomnio. El insomnio se define como “la dificultad persistente en el inicio, duración, consolidación o calidad del sueño, que ocurre a pesar de contar con la oportunidad y las circunstancias adecuadas para dormir, y resulta en alguna forma de alteración diurna” (Álvarez, 2016, p. 202). Esta repercusión diurna puede manifestarse a nivel social, laboral, educativo, académica, conductual o en otras áreas importantes del funcionamiento humano. El paciente con insomnio suele quejarse de deterioro diurno: fatiga, cefaleas, dificultades cognitivas, irritabilidad, hiperacusia y fotofobia, disfunción social u ocupacional, somnolencia diurna excesiva, propensión a accidentes, entre otros (Morin, 2012)

El insomnio provoca alteraciones en la calidad de vida, lo que causa irritabilidad, disminución de la memoria, la comprensión, la atención, la creatividad, el entusiasmo, así como mayor riesgo de accidentes automovilísticos. Las características más importantes del sueño son los cambios que produce en la función cerebral, los cuales se asocian con modificaciones directas o indirectas en otros sistemas fisiológicos (Bryant et al., 2004).

De acuerdo con la clasificación de Gállego-Pérez et al. (2007), el insomnio puede clasificarse como:

- Insomnio agudo: La aparición de los síntomas definitorios de insomnio guarda una clara relación con un acontecimiento estresante. Éste puede ser de carácter psicológico,

psicosocial, interpersonal o del entorno, siendo algunos ejemplos los cambios o conflictos en las relaciones interpersonales, el duelo, el diagnóstico de una enfermedad o el traslado a otra ciudad. Existen también factores estresantes con un sentido emocional positivo. La duración de este tipo de insomnio suele ser inferior a los 3 meses, resolviéndose cuando desaparece el acontecimiento estresante o cuando el sujeto logra adaptarse a él.

- **Insomnio psicofisiológico:** Se define así a la dificultad condicionada para dormirse y/o extrema facilidad para despertarse del sueño, durante un periodo superior al mes, expresada por al menos una de las siguientes condiciones: ansiedad o excesiva preocupación por el sueño; dificultad para quedarse dormido al acostarse o en siestas planificadas, pero no en otros momentos del día en los que se llevan a cabo tareas monótonas y en los que no hay intención de dormirse; hiperactividad mental, pensamientos intrusivos o incapacidad para cesar la actividad mental, que mantienen al sujeto despierto; mejoría del sueño fuera del entorno y dormitorio habituales; excesiva tensión somática en la cama, que incapacita la relajación e impide conciliar el sueño.
- **Insomnio paradójico:** Se denomina también pseudoinsomnio o mala percepción del sueño. La principal característica es una queja de insomnio grave, sin que pueda objetivarse un trastorno de tal magnitud mediante la realización de pruebas diagnósticas como la polisomnografía. Existe por tanto una discordancia entre los resultados de la polisomnografía y las quejas subjetivas de los pacientes, quienes refieren dormir nada o muy poco todas las noches y de forma crónica.
- **Insomnio idiopático:** Se trata de un insomnio que aparece durante la infancia o durante los primeros años de la juventud, sin que se pueda reconocer un factor desencadenante o una causa que lo justifique. Es un insomnio crónico, que cursa de forma persistente, sin periodo alguno de remisión.
- **Insomnio debido a trastornos mentales:** Se define así al insomnio que dura al menos un mes y que está causado por una enfermedad mental subyacente (guarda una relación temporal, en la mayoría de los casos, con un trastorno mental diagnosticado según los criterios de la DSSMD). El insomnio no es sino un síntoma más de la enfermedad mental, aunque en muchas ocasiones puede ser más intenso que el habitualmente asociado al trastorno mental subyacente, requiriendo entonces un tratamiento independiente del proceso de base.

- Insomnio debido a una inadecuada higiene del sueño: Es el insomnio asociado a actividades diarias que necesariamente impiden una adecuada calidad del sueño y mantenerse despierto y alerta durante el día. Un elemento común a esas actividades es que son prácticas que están bajo el control de la voluntad del sujeto. Pueden ser prácticas que conllevan un estado de hiperalerta o hipervigilia (el consumo rutinario y antes de acostarse de alcohol o cafeína; el desarrollo, también antes de acostarse, de intensas actividades mentales, físicas o emocionales; o condiciones inapropiadas de luz, ruido, etc.
- Insomnio debido a fármacos o tóxicos: Es la interrupción o supresión del sueño relacionada con el consumo de fármacos, drogas, cafeína, alcohol, comida, o con la exposición a un tóxico ambiental.
- Insomnio debido a problemas médicos: Es el causado por una enfermedad orgánica coexistente o por otra alteración fisiológica, de modo que se inicia con dicho problema médico y varía según las fluctuaciones o cambios en su curso.

Otro problema recurrente de sueño en la actualidad es la denominada apnea del sueño. De acuerdo con Cuartas-Agudelo et al. (2021), el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAHOS) es una patología que se caracteriza por el colapso parcial de las vías respiratorias superiores durante el sueño y la necesidad de realizar mayor esfuerzo para respirar eficazmente. Los autores explican que las personas con SAHOS suelen sentirse inquietos, cansados y con sueño durante el día; al mismo tiempo que sus niveles de concentración disminuyen, así como sus funciones cognitivas e interacciones sociales. Además, es común que una persona con apnea de sueño presente sobrepeso u obesidad, somnolencia en estado pasivo, y comorbilidades metabólicas como hipertensión, diabetes tipo 2 y dislipidemias.

3.5.2 Problemas de sueño y sus implicaciones en la vida personal y la salud física

Como ya se ha esbozado en el apartado anterior, dormir bien en los tiempos adecuados, está asociado directamente con la salud física, la salud mental, la calidad de vida y la seguridad. El sueño es un estado activo en el que suceden modificaciones metabólicas, hormonales y bioquímicas necesarias para el buen funcionamiento del organismo (Vasco-

Gómez, et al., 2018). Todas las personas necesitan de un buen descanso para afrontar la actividad diaria en plenas condiciones tanto físicas como psíquicas. En sentido opuesto, tener problemas de sueño, puede hacer que la persona se sienta agotada durante el día, interfiriendo con el trabajo, la escuela y demás interacciones sociales (NHLBI, 2022).

Los problemas de sueño suelen presentarse de manera simultánea con síntomas de depresión o ansiedad. De manera indistinta, los problemas de sueño pueden exacerbar los cuadros de depresión o ansiedad, a la vez que la depresión o la ansiedad pueden provocar problemas de sueño (APA, 2024). Por otra parte, Lira y Custodio (2018) destacan que los diferentes trastornos del sueño podrían afectar diversas funciones cognitivas especialmente en niños pequeños y en adultos mayores.

A nivel cardiovascular, de acuerdo con Liberman (2025), la privación del sueño altera los procesos autorreguladores que mantienen el equilibrio interno del organismo, lo que puede provocar un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático e inflamación sistémica. Estas alteraciones tienen múltiples efectos secundarios, como la elevación de la presión arterial y la rigidez arterial, lo que aumenta el riesgo de hipertensión y morbilidad cardiovascular. A nivel inmunológico, Rico-Rosillo y Vega-Robledo (2018), sostienen que el sueño juega un papel importante en lo que se conoce como inmunidad innata, que representa la primera línea de defensa del organismo ante infecciones microbianas, así como la inmunidad adaptativa, que es la encargada de desarrollar antígenos ante diversas enfermedades. En este sentido, las autoras apuntan a que existe suficiente evidencia científica que ha demostrado que los problemas de sueño inducen a la disminución de las capacidades de este sistema inmune.

El sueño también puede tener implicaciones metabólicas. Al respecto Sánchez-Cárdenas et al. (2016), explican que las personas que tienen problemas del sueño pueden experimentar alteraciones en la regulación endocrinológica de las funciones metabólicas sustantivas, lo que puede asociarse con obesidad y diabetes tipo 2. Los autores señalan que la reducción de las horas de sueño favorece cambios hormonales que conllevan a un incremento en el apetito y la sensación de hambre. En este mismo orden de ideas, Olivo-Martins-De-Passos et al. (2024), señala que una cantidad y calidad de sueño deficiente se puede asociar a lo que se denomina desregulación del sistema inmunológico; lo que de manera secundaria puede propiciar problemas de interacción social, desgano, somnolencia, propensión hacia la depresión,

ansiedad e incluso, ideación suicida. Por otra parte, los autores también apuntan a posibles afectaciones cerebrales, tales como procesos de consolidación de memoria, problemas de aprendizaje y bajo nivel académico.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Identificar problemas de salud mental que presentan adultos que asisten al servicio de consulta externa en una unidad médica familiar del IMSS, 2023.

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a la muestra de estudio en términos de variables sociodemográficas y clínicas.
- Valorar la depresión, estrés sintomático, estado general de salud, ansiedad y trastornos de sueño en los sujetos de la muestra.
- Valorar el posible efecto de variables sociodemográficas (sexo) y clínicas (diabetes, hipertensión, sobrepeso) en relación a la depresión estrés sintomático, estado general de salud, ansiedad y trastornos de sueño.
- Estimar la posible correlación existente entre la depresión, estrés, estado general de salud, ansiedad y trastornos de sueño.

V. Metodología

5.1 Diseño de estudio

El presente estudio transversal de alcance correlaciona.

5.2 Descripción del área de estudio

El presente estudio se realizó en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 25 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, ubicado en Boulevard Juan Pablo II #288, y esquina Boulevard Antonio Pariente Algarín. Colonia El retiro, C.P 29045. En los meses de noviembre y diciembre 2023.

5.3 Población

Este estudio se realizó en las instalaciones de Unidad de Medicina Familiar No. 25. La población objetivo son los pacientes con derechohabites, mayores de 18 años, que asisten al servicio de consulta familiar externa; en el periodo considerado de evaluación.

5.4 Muestra

La muestra es de 300 pacientes de consulta externa del IMSS No. 25 que aceptaron participar en la investigación. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, considerando que los sujetos de estudios pueden considerarse población de difícil acceso, toda vez que son personas que se encuentran en una condición de vulnerabilidad al estar en espera de una consulta médica. La estrategia empleada para la recuperación de la muestra fue la del mejor esfuerzo, es decir, hacer tantos como fuera posible de acuerdo a la disponibilidad de tiempo y voluntad de los participantes.

5.5 Selección de las unidades de estudio

5.5.1 Criterios de inclusión

- Se incluyeron a todos los pacientes adultos mayores de 18 años que dieron su consentimiento para participar.

5.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no quieran participar en el estudio.
- Pacientes menores de 18 años.
- Instrumentos incompletos
- Consentimiento informado incompleto

5.6 Variables

En la presente tabla se realizó una descripción conceptual y operacional de las variables, que fueron consideradas en el presente estudio, el cual hace referencia a los tipos de variables que fueron sociodemográficas y clínicas (Tabla 5.1).

Tabla 5.1 Definición conceptual y operacional de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Variables sociodemográficas				
Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas, que definen los seres humanos como hombre y mujer (INE, s.f.).	Se obtuvo de acuerdo al género gramatical propio del hombre y género gramatical propio de la mujer.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Hombre 2. Mujer
Edad	Es el periodo transcurrido desde el nacimiento hasta la recolección de información.	Se obtuvo de acuerdo a lo que el participante refiera.	Cuantitativa discreta	Números enteros
Estado Civil	El estado civil legal se define como aquel que tiene cada individuo de acuerdo con la legislación (es decir, la situación legal)	Situación social del estado civil del participante en el que se encuentra.	Cualitativa nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto (RAE, 2022).	Creencia religiosa que profesa el participante.	Cualitativa Nominal	1. Católica 2. Cristiana 3. Pentecostés 4. Testigos de Jehová 5. Adventista 6. Otro

Escolaridad	Grado concluido dado por una institución educativa, generalmente después de una terminación de un programa educativo.	Se obtuvo el grado escolar que tenga el participante.	Cualitativa Ordinal	1. Ama de casa 2. Profesional 3. Empleado 4. Estudiante 5. Otro
Ocupación	Clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado (INE, s.f.).	Tipo de trabajo que el participante desempeñe.	Cuantitativa discreta	1. Analfabeta 2. Solo sabe leer y escribir 3. Primaria 4. Secundaria 5. Preparatoria
Lugar de origen	Lugar donde alguien nació (RAE, s.f.).	Localidad o Municipio donde el participante nació.	Cuantitativa discreta	1. Tuxtla Gutiérrez 2. Chiapa de Corzo 3. Otro
Variables de corte clínico				
Consumo de cigarro	Es una adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos: la nicotina, que actúa sobre el sistema nervioso central (PRONATERC, 2023).	Se obtuvo a lo que el participante refiera sobre si consume cigarro.	Cualitativa Ordinal	1. No 2. Si 3. Ocasionalmente 4. Frecuentemente
Consumo de alcohol	Se define como cualquier deterioro en el funcionamiento físico, mental y social de una persona, cuya naturaleza permita inferir razonablemente que el alcohol es una parte del nexo causal que provoca dicho trastorno (OMS, 2022).	Se obtuvo a lo que el participante refiera, si consume bebidas alcohólicas.	Cualitativa Ordinal	1. No 2. Si 3. Ocasionalmente 4. Frecuentemente
Actividad física	La actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía (OMS, 2022).	Se obtuvo a lo que el participante refiera.	Cualitativa Ordinal	1. No 2. Si 3. Ocasionalmente 4. Frecuentemente
Consumo de frutas y verduras	El consumo de frutas y verduras que el paciente tiene.	Se obtuvo a lo que el participante refiera en su consumo de frutas y verduras.	Cualitativa Ordinal	1. No 2. Si 3. Ocasionalmente 4. Frecuentemente
Consumo de refrescos o bebidas embotelladas	El consumo de refrescos o bebidas embotelladas que presente paciente.	Se obtuvo a lo que el participante refiera en su consumo de refrescos o bebidas embotelladas.	Cualitativa Ordinal	1. No 2. Si 3. Ocasionalmente

				4. Frecuentemente
Peso	Fuerza con que la Tierra atrae un cuerpo. Medida del peso (RAE, 2023).	Se obtuvo a lo que el participante refiera en kilogramos.	Cuantitativa continua	Números con fracción de unidad
Estatura	Altura, medida de una persona desde los pies a la cabeza (RAE, 2022).	Se obtuvo a lo que el participante refiera en centímetros.	Cuantitativa continua	Números con fracción de unidad
Índice de masa corporal	Peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla, utilizado para identificar el bajo peso, peso normal, sobre peso y grados de obesidad.	Se corroborará con datos del expediente clínico. En base a lo obtenido de medir con estadiómetro y báscula	Cualitativa Ordinal	Bajo peso, Normal Normo peso, Sobre peso Obesidad I, II, III
Tipo de visita	Tipo de visita por el que asiste el participante a consulta externa y/o seguimiento en el servicio de especialidad en un hospital general de zona del IMSS.	Se obtuvo a lo que el participante refiera a su visita.	Cuantitativa continua	-Primera vez - Cita subsecuente o de control
Enfermedades y afecciones de los ojos	Los problemas de visión más comunes son los errores de refracción, los más frecuentes son miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia (vista cansada), (Clínica Baviera, 2022).	Selección múltiple de posible padecimiento por el participante.	Cualitativa nominal	-Seleccionado/ o no seleccionado
Hipertensión	La presión arterial alta igual o por encima de 140/90 mmHg, (OMS , 2023).	Selección múltiple de posible padecimiento por el participante.	Cualitativa nominal	-Seleccionado/ o no seleccionado
Discapacidad o incapacidad para desplazarse solo.	Según la OMS, la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.	Selección múltiple de posible padecimiento por el participante.	Cualitativa nominal	-Seleccionado/ o no seleccionado
Insomnio	Trastorno frecuente de sueño.	Selección múltiple de posible padecimiento por el participante.	Cualitativa nominal	-Seleccionado/ o no seleccionado
Enfermedades del corazón	La enfermedad isquémica del corazón en general se refiere a las condiciones que implican el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos, causada por daño al corazón o a los vasos sanguíneos por aterosclerosis (OPS, S.F).	Selección múltiple de posible padecimiento por el participante.	Cualitativa nominal	-Seleccionado/ o no seleccionado
Diabetes Mellitus	La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), (OPS, 2023).	Selección múltiple de posible padecimiento por el participante.	Cualitativa nominal	-Seleccionado/ o no seleccionado
Enfermedades respiratorias	Las ERC incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC),	Selección múltiple de posible padecimiento por el participante.	Cualitativa nominal	-Seleccionado/ o no seleccionado

crónicas	asma, y otras enfermedades respiratorias crónicas como enfermedades pulmonares ocupacionales e hipertensión pulmonar (OPS, 2020).			
Gastritis recurrente u otros problemas digestivos	Conjunto de trastornos caracterizados por la inflamación del revestimiento del estómago.	Selección múltiple de posible padecimiento por el participante.	Cualitativa nominal	-Seleccionado/ o no seleccionado
Obesidad y/o sobrepeso	El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2021).	Selección múltiple de posible padecimiento por el participante.	Cualitativa nominal	-Seleccionado/ o no seleccionado
Variables de problemas de salud mental.				
Depresión	Problema de salud mental en el cual el estado de ánimo de la persona se encuentra decaído, triste y/o pesimista, que se asocia a la incapacidad para sentir placer y que implica la pérdida de interés para realizar cualquier actividad.	Se medirá de acuerdo con el instrumento de CES-D es una escala de tamizaje para detectar probables casos de depresión.	Cualitativa ordinal	1. Menos de un día 2. 1 a 2 días 3. 3 a 4 días 4. 5 a 6 días
Estrés	Estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil. Se trata de una respuesta natural a las amenazas y a otros estímulos. (OMS, 2023)	Se medirá de acuerdo con el instrumento de Seppo Aro, es una herramienta cuantitativa que permite conocer la percepción subjetiva que tiene sobre su exposición a los factores estresores de su trabajo.	Cualitativa ordinal	1. Raramente o nunca 2. Algunas veces 3. Con frecuencia 4. Muy frecuentemente
Estado general de salud m.	Refiere un conjunto de elementos que configuran el estado de salud mental de una persona, a fin de llevar a cabo sus actividades diarias y tomar decisiones.	Se medirá de acuerdo con el instrumento de GHQ-12, es un test que detecta los trastornos psiquiátricos no psicóticos.	Cualitativa ordinal	0. Mejor que lo habitual 1. Igual que lo habitual 2. Menos que lo habitual 3. Mucho menos de lo habitual
Ansiedad	La ansiedad se trata de un problema de salud mental, a menudo transitorio, que refiere miedo y preocupación excesivos que se manifiestan en comportamiento no habituales además de detonar respuestas fisiológicas, como sudoración, falta de aire, dolor de cabeza, entre otros. (OMS, 2022)	Se obtendrá de acuerdo con el instrumento de IDARE, inventario diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: como estado de condición emocional y transitoria).	Cualitativa ordinal	1.-No en lo absoluto 2.- Un poco 3.- Bastante 4.- Mucho
Trastorno de	Se trata de un problema de	Se obtendrá de acuerdo	Cualitativa	

sueño	salud, que se manifiesta por tener dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, el cual puede ser ocasional o permanente.	con el instrumento de Pittsburgh/Monterrey, instrumento de ayuda para diagnosticar algunos trastornos de sueño, en personas mayores de 18 años.	ordinal	Puntaje de síntesis discreto.
-------	---	---	---------	-------------------------------

5.7 Procedimiento para la recolección de datos

Para realizar la recolección de datos, primeramente, se procedió a contactar a las autoridades correspondientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de poder contar con las facilidades necesarias en la Unidad Médica Familiar número 25. Ya con los permisos autorizados se procedió a realizar las visitas durante dos meses para poder realizar el levantamiento de datos. La aplicación del instrumento se realizó bajo el principio del mejor esfuerzo, es decir, la mayor cantidad posible de pacientes en espera que manifestaron su interés de participar. Posteriormente, se revisaron para clasificar que cumplieran los criterios de inclusión para que enseguida se capturaron los datos de la investigación, para la recopilación de análisis se incluyeron las siguientes variables sociodemográficas, clínicas y otras como depresión, estrés, estado general de salud mental, ansiedad, trastorno de sueño.

5.8 Instrumento

El instrumento de obtención de datos consta de dos apartados. El primero considera la recolección de variables sociodemográficas y contexto clínico del paciente. El segundo apartado está integrado por escalas validadas para evaluar depresión, estrés sintomático, ansiedad, estado general de salud y problemas de sueño. La integración de este instrumento fue expreso para esta investigación. A continuación, se describen las escalas empleadas.

5.8.1 Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

Es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana. ha demostrado ser una herramienta útil y económica en formato autoaplicable en virtud de que no requiere personal especializado para su calificación. La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES–D por sus siglas en inglés (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) fue desarrollada por Radloff en 1977 como instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología. Las respuestas se califican como 0, 1, 2 o 3, respectivamente, y se suman para obtener la puntuación total en el instrumento, donde una mayor puntuación indica mayor gravedad de los síntomas depresivos (rango teórico de la puntuación de 0 a 60). Los coeficientes de confiabilidad (α) reportado para población mexicana 0,85-0,90, (Bojorquez y Salgado, 2009).

5.8.2 Escala Sintomática de Estrés (Seppo Aro)

La Escala Sintomática de Estrés está integrada por 18 ítems, los cuales son 18 síntomas comúnmente asociados al estado de estrés, psicósomática, emocional o fisiológica. Como ejemplo de ello: "palpitaciones o latidos irregulares del corazón", "irritación", "enfurecimiento", "fatiga o debilidad". En las que las respuestas se expresan en una escala ordinal de cuatro frecuencias, las cuales se valoran de 0 a 3, por lo cual las anotaciones posibles fluctúan entre 0 y 54. Un valor superior de 10 puntos se considera como presencia de estrés (Román, 2003). En población mexicana, Aranda-Beltrán reportó un Alpha de cronbach (α) de 0.88.

5.8.3 Escala General Health Questionnaire (GHQ-12)

Es un instrumento de tamizaje diseñado para detectar, de forma breve, problemas de salud mental menores, tales como la depresión y la ansiedad, y evaluar los cambios a corto plazo el funcionamiento psicológico de una persona (García, 1999). Intenta medir, de manera ágil, la presencia de síntomas emocionales y de malestar psicológico en el último mes. Se conforma por 12 ítems divididos en preguntas positivas (ítems: 1, 3, 4, 7, 8 y 12) y negativas (ítems: 2, 5, 6, 9, 10, 11), con respuesta en escala de respuesta tipo Likert de cuatro opciones entre 0 (No,

en absoluto) a 3 (Más que antes). Para población mexicana, Solís-Cámara (2020) reportó una consistencia interna de $\alpha=0.85$.

5.8.4 Inventario de Ansiedad Rango Estado (IDARE)

Es un inventario autoadministrado, que está diseñado para evaluar dos formas relevantes (dimensiones) independientes de la ansiedad (como estado de condición transitoria) y (como rango de propensión ansioso relativamente estable). Se compone de 40 ítems, 20 para cada dimensión, las cuales tienen formato de respuesta que va desde *No, en lo absoluto* hasta *Mucho*. La síntesis del inventario se logra a partir de la suma simple de ítems que conforman a cada dimensión, por separado. Este fue construido por Spielberger et al. (1966) con el propósito de una escala breve y confiable para medir dos dimensiones básicas de la ansiedad. El autor de la escala original reporta coeficiente alfa de Cronbach: 0,86-0,95 para la subescala de ansiedad estado, y 0,84-0,92 para la subescala de ansiedad rasgo. En población mexicana, López-Pérez y Ávila-Jiménez (2024) reportan un alpha de Cronbach de .95 para ansiedad-rasgo y de .91 para ansiedad-estado.

5.8.5 Índice de calidad de sueño Pittsburgh (ICSP)

Es un instrumento ampliamente utilizado en una población clínica y no clínica. La versión en español fue validada por Macías (1997). Está conformado por 19 ítems auto-evaluados que se combinan entre sí para formar siete componentes de puntuación, cada uno de ellos tiene un rango entre 0 y 3 puntos. Los siete componentes incluyen calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna. En cualquier caso, una puntuación de 0 puntos indica que no existe ninguna dificultad para dormir, mientras que una puntuación de 3 indica una severa dificultad. Los siete componentes se suman para obtener una puntuación global que tiene un rango de 0 a 21 puntos. Las puntuaciones globales más elevadas representan una peor calidad subjetiva del sueño. Buysse (1989), en la versión original en inglés, reportó un coeficiente alfa de Cronbach de 0,83. En México, Jiménez-Genchi et al. (2008), reportaron una consistencia interna de $\alpha=0.78$.

5.9 Plan de análisis de los resultados

Una vez concluido el trabajo de campo, se procedió a vaciar los datos en un fichero SPSS, versión 22 para su análisis. Ya con el fichero integrado se procedió a realizar un análisis descriptivo univariado para las variables sociodemográficas y de antecedentes clínicos. Se obtuvieron tablas de distribución de frecuencias para las variables categóricas y medidas descriptivas (media y desviación estándar) para las variables cuantitativas. Para cada escala se obtuvieron los puntajes síntesis de acuerdo a lo indicado por los autores de las mismas. En todos los casos, posterior a la suma simple de puntos indicada por las referencias de los autores de las escalas, se obtuvo un puntaje indexado de 0-100 para proveer mejor comparabilidad entre cada una de las escalas y, en consecuencia, facilitar la interpretación de los datos (Páez, 2013). Para la comparación de medias de los puntajes de las escalas y las variables, sexo, diabetes, obesidad e hipertensión, se realizaron pruebas T-Student, todas ellas considerando un valor de .05 de significancia. Finalmente se obtuvo una matriz de correlación de Pearson entre las escalas de depresión, estrés, ansiedad, estado general de salud y problemas de sueño.

5.10 Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación se apega al reglamento de la Ley General de Salud en Material de Investigación y las normas éticas. Tomando en cuenta lo establecido en el título segundo “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, en materia de investigación para la salud en México (SSA, 2018), los resultados obtenidos son confidenciales y protegen la privacidad de cada participante en este estudio. Fue sometido a evaluación por el comité local de investigación en salud y el comité de Local de Ética en investigación en Salud de la unidad de medicina familiar No 25 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, del instituto Mexicano del Seguro Social, donde fue analizado para valorar su viabilidad y realización. La investigación se realizó tomando en cuenta el respeto a los derechos de privacidad de la información obtenida de cada participante.

Estos estudios utilizan métodos de investigación de tipo retrospectivo, en los que no se realiza ninguna intervención o modificación deliberada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las personas involucradas en el estudio. Para proteger la privacidad de los

participantes, el instrumento de recolección de datos no recuperó el nombre ni ningún dato personal. En el proceso de recuperación de datos, se le solicitó a cada participante otorgar su consentimiento para poder realizar la aplicación del instrumento.

VI. Resultados

Los resultados se organizan atendiendo uno a uno los objetivos planteados. Primeramente, se describe la muestra de estudio, en términos de variables sociodemográficas y clínicas de los participantes. Posteriormente se reportan los puntajes objetivos para cada una de las escalas que miden los problemas de salud mental evaluados, esto es, depresión, ansiedad, estrés, estado general de salud y problemas de sueño. Por último, se presentan las comparaciones de medias de los puntajes para cada una de las escalas y las variables diabetes, hipertensión y sobrepeso. Al final se presenta la matriz de correlaciones entre todas las escalas aplicadas.

6.1 Descripción de la muestra de estudio

Durante el periodo del 23 de octubre al 30 de noviembre en la Unidad de Medicina Familiar No. 25 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se aplicaron los instrumentos en 300 pacientes de consulta externa, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión para el presente estudio. Del total, se contabilizó a 166 (55%) mujeres y 134 (44%) hombres. En cuanto al estado civil 115 mencionaron ser solteros (38%), 98 casados (32%) y 42 en unión libre (14%). La gran mayoría (40.3 %) mencionó no tener hijos, mientras que 129 (43%) mencionaron tener uno o dos hijos. La escolaridad predominante es licenciatura (33%), seguida de bachillerato (32%) y secundaria (15%). En cuanto la religión, la gran mayoría declaró ser católica (58%). La mayor proporción de participantes declaró tener como ocupación ser empleado (33%), seguido de amas de casa con un 70 (23%) y estudiantes 46 (15%). La mitad de los participantes, 152 (50%), son de Tuxtla Gutiérrez, mientras que el resto de otros municipios o localidades aledañas como Chiapa de Corzo, El jobo, entre otras.

Tabla 3.1. Características sociodemográficas de los participantes.			
Variable		n	%
Sexo	Masculino	134	44.7%
	Femenino	166	55.3%

	Femenino	166	55.3%
	Total	300	100.0%
Estado Civil	Soltero	115	38.3%
	Casado	98	32.7%
	Unión Libre	42	14.0%
	Divorciado	27	9.0%
	Viudo	18	6.0%
	Total	300	100.0%
Número de hijos	0	121	40.3%
	1	72	24.0%
	2	57	19.0%
	3	28	9.3%
	4	18	6.0%
	5	1	0.3%
	6	2	0.7%
	7	1	0.3%
	Total	300	100.0%
Escolaridad	Analfabeta	14	4.7%
	Solo lee y escribe	10	3.3%
	Primaria	32	10.7%
	Secundaria	47	15.7%
	Preparatoria	97	32.3%
	Licenciatura o +	100	33.3%
	Total	300	100.0%
Religión	Católica	174	58.0%
	Cristiana	50	16.7%
	Pentecostés	16	5.3%
	Testigo de Jehová	11	3.7%
	Adventista	9	3.0%
	Ninguna	40	13.3%
	Total	300	100.0%
Ocupación	Ama de Casa	70	23.3%
	Profesional	68	22.7%
	Empleado	101	33.7%
	Estudiante	46	15.3%
	Otro	15	5.0%
	Total	300	100.0%
Lugar de origen	Tuxtla Gutiérrez	152	50.7%
	Chiapa de Corzo	52	17.3%

Otro	96	32.0%
Total	300	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 3.2 se describen las variables clínicas de los pacientes participantes del estudio. Respecto al consumo del cigarro, una amplia proporción mencionó que no fuma (65.7%), lo que difiere respecto al consumo de alcohol, .7%), lo que difiere respecto al consumo de alcohol, pues 155 (51.7%) mencionaron que consumen alcohol ocasionalmente. En cuanto a la actividad física, destaca que solamente 120 personas (40%) mencionó que si realiza ejercicio regularmente. En el consumo de frutas y verduras, otro indicador positivo de bienestar, los 296 pacientes encuestados (98.6%) mencionaron que, al menos, las consumen ocasionalmente. En cuanto al consumo de refrescos o bebidas embotelladas, es alarmante que solamente 16% mencionara no consumirlas en ningún momento. Respecto a la interpretación de Índice de masa corporal, la distribución de los participantes fue de 116 (38.7%) con peso normal mientras que 153 (51%), esto es, poco más de la mitad, presentan cierto nivel de sobrepeso u obesidad. Entre los encuestados, la mayoría de ellos acuden a la cita a la UMF-25 en el esquema subsecuente o de control (68.7%) mientras que el resto lo hace de primera o única vez para atender un problema de salud emergente específico.

Tabla 3.2 Características clínicas de los pacientes.

Variable		n	%
Consumo de cigarro	No	197	65.7%
	Si	2	0.7%
	Ocasionalmente	81	27.0%
	Frecuentemente	20	6.7%
	Total	300	100.0%
Consumo de alcohol	No	137	45.7%
	Si	1	0.3%
	Ocasionalmente	155	51.7%
	Frecuentemente	7	2.3%
	Total	300	100.0%
Hacer ejercicio	No	145	48.3%

	Si	4	1.3%
	Ocasionalmente	120	40.0%
	Frecuentemente	31	10.3%
	Total	300	100.0%
Consumo de Frutas y Verduras	No	3	1.0%
	Si	1	0.3%
	Ocasionalmente	199	66.3%
	Frecuentemente	97	32.3%
	Total	300	100.0%
Consumo de Refrescos o bebidas embotelladas	No	48	16.0%
	Si	2	0.7%
	Ocasionalmente	217	72.3%
	Frecuentemente	33	11.0%
	Total	300	100.0%
Indice de Masa Corporal (IMC)	Bajo peso	17	5.7%
	Peso normal	116	38.7%
	Sobrepeso	112	37.3%
	Obesidad	41	13.7%
	Obesidad grado II	11	3.7%
	Obesidad grado III	3	1.0%
	Total	300	100.0%
Tipo de visita	Primera vez	94	31.3%
	Cita subsecuente o de control	206	68.7%
	Total	300	100.0%
Fuente: Elaboración propia			

En la tabla 3.3 se recupera la cantidad y proporción de personas que declararon padecer algunas de las enfermedades más recurrentes de consulta clínica. Destaca que la proporción mayor corresponde a las enfermedades de los ojos y la visión con 143 (47.7%) pacientes, seguida de Gastritis 97 (32.3%). En el caso de diabetes, hipertensión y sobrepeso, variables de particular interés en este trabajo, la cantidad de personas fue de 40 (13.3%), 57 (19 %) y 44 (14.7 %) pacientes respectivamente.

Tabla 3.3 Características clínicas de enfermedades en los pacientes.				
Variable	No		Si	
	n	%	n	%
Enfermedades de los ojos y/o problemas para ver bien	157	52.3%	143	47.7%
Hipertensión	243	81.0%	57	19.0%
Dificultad o incapacidad para desplazarse o moverse por sí solo	261	87.0%	39	13.0%
Insomnio	260	86.7%	40	13.3%
Enfermedades del corazón o de circulación (varices)	268	89.3%	32	10.7%
Diabetes Mellitus	260	86.7%	40	13.3%
Enfermedades respiratorias crónicas	274	91.3%	26	8.7%
Gastritis u otros problemas digestivos	203	67.7%	97	32.3%
Obesidad y/o sobrepeso	256	85.3%	44	14.7%
Otro	229	76.3%	71	23.7%
Fuente: elaboración propia				

6.2 Problemas de salud mental

En la tabla 3.4 se recuperan los puntajes indexados (0-100) de los problemas de salud mental evaluados: depresión, estrés, estado general de salud, ansiedad y calidad de sueño. Estos puntajes, como ya se expuso en el apartado de método, resulta de operar matemáticamente los puntajes absolutos de cada escala, considerando sus puntajes de referencia, para llevarlos a una escala conocida de 0 a 100. De esta manera, entre estos puntajes indexados, los puntajes más altos correspondieron al estado general de salud (QHQ-12) con 52.9 puntos, lo que sugiere que entre las problemáticas evaluadas el problema mayor es la sintomatología a nivel emocional. El segundo puntaje mayor corresponde a los indicadores de ansiedad, ambos cercanos a los 40 puntos. El tercer problema con mayor puntaje indexado es el sueño, es decir, que los pacientes

refieren tener una pobre calidad de sueño. La depresión y el estrés mostraron los puntajes índices más bajos. Esto sugiere que, al menos, en cuanto a la sintomatología reportada, los problemas de salud mental se asocian más a cuestiones emocionales que aquellas con manifestaciones sintomáticas particulares, tales como dolor de cabeza, cansancio, entre otras que son distintivas de cuadros depresivos o de estrés.

Tabla 3.4.- Problemas de salud mental					
	Media	D.E.	Valores de referencia	Media Indexados	D.E.
Depresión (CESD)	39.1	11.59	20-80	31.8	19.31
Estrés sintomático (Seppo Aro)	31.1	8.77	18-72	24.2	16.23
Estado general de salud (GHQ12)	31.0	4.32	12-48	52.9	12.00
Ansiedad (IDARE Estado)	44.3	10.74	20-80	40.5	17.90
Ansiedad (IDARE Rasgo)	42.3	9.28	20-80	40.9	16.28
Calidad de Sueño (Pittsburgh)	8.4	4.21	0-21	39.9	20.02
Fuente: Elaboración propia					

6.3 Problemas de salud mental, comparada por sexo, diabetes, hipertensión y sobrepeso

En la tabla 3.5 recupera la comparación de los puntajes promedio de los problemas de salud mental evaluados, comparados por sexo. De manera general, los puntajes promedio se mantienen prácticamente iguales entre hombres y mujeres, siendo la depresión y los problemas de sueño sutilmente mayor en las mujeres. El estado general de salud, que refiere sintomatología emocional fue ligeramente mayor en hombres. En el caso de la ansiedad, los puntajes son prácticamente iguales. Sin embargo, la única diferencia significativa fue en el caso del estrés, el cual fue significativamente mayor en las mujeres.

Tabla 3.5.- Problemas de salud mental, comparación por sexo						
	Sexo				T	Sig.
	Masculino		Femenino			
	Media	D.E.	Media	D.E.		
Depresión (CESD)	31.2	19.60	32.2	19.12	T=-0.432, G.L.=297	0.666
Estrés sintomático (Seppo Aro)	23.1	16.16	26.9	17.26	T=-1.944, G.L.=297	0.053
Estado general de salud (GHQ12)	53.6	12.84	52.3	11.28	T=0.985, G.L.=296	0.325
Ansiedad (IDARE Estado)	40.5	17.92	40.5	17.94	T=-0.011, G.L.=296	0.991
Ansiedad (IDARE Rasgo)	40.9	16.94	40.9	15.77	T=0.022, G.L.=296	0.983
Calidad de Sueño (Pittsburgh)	39.1	20.92	40.7	19.28	T=-0.668, G.L.=294	0.505
Fuente: Elaboración propia						

Enseguida la tabla 3.6, se muestra los resultados de la comparación de los puntajes de las escalas de salud mental, comparándola por la presencia o no presencia de diabetes mellitus. En este caso, de manera significativa se aprecia que en el caso de estrés y calidad de sueño los puntajes más altos los presentan aquellos pacientes que declararon padecer diabetes, lo que sugiere que esta patología puede estar vinculada a estos problemas de salud mental. En el caso de la depresión, al realizarse una prueba de una cola, la significancia sería de $0.76/2 = 0.038$, lo que resultaría en un valor significativo, siendo los puntajes más altos en el grupo con diabetes. De manera sutil, también el estado general de salud, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, también fueron mayores en el grupo de pacientes con diabetes. En suma, se puede esbozar que la diabetes está relacionada con puntajes altos en problemas de salud mental.

Tabla 3.6.- Problemas de salud mental, comparación por Diabetes mellitus						
	Diabetes mellitus				T	Sig.
	No		Si			
	Media	D.E.	Media	D.E.		
Depresión (CESD)	31.0	18.71	36.8	22.44	T=-1.778, G.L.=297	0.076
Estrés sintomático (Seppo Aro)	24.3	16.04	31.0	20.74	T=-2.34, G.L.=297	0.020
Estado general de salud (GHQ12)	53.1	12.50	51.3	7.96	T=0.918, G.L.=296	0.359
Ansiedad (IDARE Estado)	40.3	18.26	41.4	15.57	T=-0.361, G.L.=296	0.718
Ansiedad (IDARE Rasgo)	40.8	16.43	41.9	15.39	T=-0.409, G.L.=296	0.683
Calidad de Sueño (Pittsburgh)	39.0	19.90	46.4	19.90	T=-2.173, G.L.=294	0.031
Fuente: Elaboración propia						

La comparación de los puntajes promedio de los problemas de salud mental entre pacientes hipertensos y quienes no lo son se muestra en la tabla 3.7. Para todas las problemáticas evaluadas, los puntajes promedio netos más altos a aquellos pacientes que declararon padecer hipertensión. Sin embargo, las diferencias significativas ($\text{sig}/2 < .05$) fueron para las escalas de depresión, estrés, calidad de sueño y, marginalmente, estado general de salud. Esto revela que el padecer hipertensión puede estar asociado a presentar con mayor severidad problemas de salud mental.

Tabla 3.7.- Problemas de salud mental, comparación por Hipertensión						
	Hipertensión				T	Sig.
	No		Si			
	Media	D.E.	Media	D.E.		
Depresión (CESD)	30.1	17.97	38.7	23.12	T=-3.066, G.L.=297	0.002
Estrés sintomático (Seppo Aro)	23.5	15.77	32.2	19.50	T=-3.563, G.L.=297	0.000
Estado general de salud (GHQ12)	52.3	12.60	55.2	8.69	T=-1.622, G.L.=296	0.106
Ansiedad (IDARE Estado)	40.6	17.63	40.1	19.17	T=0.19, G.L.=296	0.849
Ansiedad (IDARE Rasgo)	40.4	16.45	42.9	15.52	T=-1.032, G.L.=296	0.303
Calidad de Sueño (Pittsburgh)	38.7	19.51	45.1	21.53	T=-2.139, G.L.=294	0.033
Fuente: Elaboración propia						

Enseguida la tabla 3.8, muestra la comparación de los puntajes promedio de las escalas de problemas de salud mental respecto a la presencia de sobrepeso. En este caso, cabe destacar que la valoración es auto declarada, es decir, no corresponde con una valoración clínica, sino que corresponde a una percepción del propio paciente respecto a su peso. Considerando lo anterior, se apreciaron diferencias significativas ($\text{sig}/2 < .05$) para la depresión, ansiedad estado y ansiedad rasgo; en todos los casos los puntajes mayores correspondieron a quienes no consideraron tener sobrepeso. En el mismo sentido, quienes no consideraron tener sobrepeso, puntuaron sutilmente más alto en estrés y calidad de sueño. En el caso del estado general de salud, que refiere sintomatología a nivel emocional, los puntajes mayores, sin ser significativos, correspondieron al grupo que considera tener sobrepeso.

Tabla 3.8.- Problemas de salud mental, comparación por Sobrepeso						
	Sobrepeso				T	Sig.
	No		Si			
	Media	D.E.	Media	D.E.		
Depresión (CESD)	32.7	19.32	26.4	18.57	T=2.016, G.L.=297	0.045
Estrés sintomático (Seppo Aro)	25.2	16.84	25.0	17.15	T=0.066, G.L.=297	0.947
Estado general de salud (GHQ12)	52.5	12.32	54.9	9.82	T=-1.23, G.L.=296	0.220
Ansiedad (IDARE Estado)	41.7	17.80	33.5	17.05	T=2.834, G.L.=296	0.005
Ansiedad (IDARE Rasgo)	42.2	16.54	33.7	12.56	T=3.234, G.L.=296	0.001
Calidad de Sueño (Pittsburgh)	40.1	20.48	39.3	17.37	T=0.236, G.L.=294	0.813
Fuente: Elaboración propia						

6.4 Correlaciones entre problemas de salud mental

Por último, la matriz de correlaciones mostrada en la tabla 3.9, hace evidentes relaciones interesantes entre las problemáticas evaluadas. Es relevante que la depresión muestra correlaciones de moderadas a altas (mayores a .600) con el resto de las problemáticas evaluadas, excepto con el estado general de salud que refiere sintomatología emocional; es decir, a mayor depresión mayores niveles de estrés, ansiedad y problemas de sueño. En este caso la mayor correlación de la depresión fue con ambas dimensiones de la ansiedad. Por otra parte, el estrés también mostró correlaciones altas con ansiedad-rasgo y con los problemas de sueño, en sentido directo, lo que refiere que niveles altos de estrés se asocia a mayores niveles de ansiedad y mayores problemas de sueño. En cuanto a la sintomatología emocional evaluada a partir de la escala GHQ-12, las correlaciones mayores correspondieron a depresión y ansiedad. En el caso de la ansiedad, como era esperado, la correlación mayor se presentó entre ambas expresiones de ansiedad, es decir entre ansiedad-estado y ansiedad rasgo. Otras correlaciones notables de la ansiedad fueron con la depresión y problemas de sueño para la ansiedad-estado y depresión y estrés para la ansiedad-rasgo. Por último, los problemas de

sueño muestran una correlación moderada directa con depresión, ansiedad-estado y estrés, lo que sugiere una correspondencia pareada cuando alguna de estas problemáticas aparece.

Tabla 3.9.- Matriz de correlaciones entre los problemas de salud mental evaluados							
		1	2	3	4	5	6
1. Depresión (CESD)	Coef. de Pearson	1	.591	-	.633	.669	.520
			**	.123	**	**	**
				*			
	Sig. (bilateral)		.000	.034	.000	.000	.000
	N	299	298	297	297	297	295
2. Estrés sintomático (Seppo Aro).	Correlación de Pearson		1	-.111	.486	.594	.558
					**	**	**
	Sig. (bilateral)			.057	.000	.000	.000
	N		299	297	297	297	295
3. Estado general de salud (GHQ12)	Correlación de Pearson			1	-	-	-
					.141	.134	.084
					*	*	
	Sig. (bilateral)				.015	.022	.153
	N			298	296	296	294
4. Ansiedad (IDARE Estado)	Correlación de Pearson				1	.728	.560
						**	**
	Sig. (bilateral)					.000	.000
	N				298	296	294
5. Ansiedad (IDARE Rasgo)	Correlación de Pearson					1	.498
							**
	Sig. (bilateral)						.000
	N					298	294
6. Calidad de Sueño (Pittsburgh)	Correlación de Pearson						1
	Sig. (bilateral)						
	N						296
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).							
*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).							
Fuente: Elaboración propia							

VII. Discusión

La salud mental es fundamental en el estado de bienestar de las personas y, en general, de la sociedad; toda vez que, un estado de salud integral, permite realizar actividades laborales, recreativas y afectivas, etc. Sin embargo, históricamente, la salud mental ha sido descuidada, o menos atendida, respecto a la salud física. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho énfasis en la importancia de integrar los servicios de salud mental en el nivel primario de atención, es decir, en las clínicas de primer contacto o clínicas de consulta externa, como parte de una estrategia para garantizar el acceso oportuno y equitativo a estos servicios (OMS, 2022). De ahí que los resultados de esta investigación proporcionan información importante y para considerar la salud mental de los pacientes que asisten a consulta externa; abordándolo con una perspectiva de salud pública.

Toda vez que el acceso a la población que asiste a consulta externa dentro de una institución pública de salud es difícil, los trabajos respecto a salud mental con estos pacientes son escasos. A nivel teórico-conceptual, este trabajo se suma a los realizados por Bang (2021) y Palacios-Jiménez et al. (2022), quienes discurren en torno a la importancia de construir un sistema de salud de primer contacto que atienda los problemas más comunes de salud mental, tales como la Depresión y Ansiedad; ambos abordados en este trabajo. En el caso del Bang, hace énfasis en la fragilidad de los servicios de salud de primer contacto para atender padecimientos de salud mental. Por su parte, Palacios-Jiménez et al., refieren que las aplicaciones de instrumentos validados pueden ser útiles para el tamizaje de las principales problemáticas de salud mental, en este caso ansiedad y episodios depresivos, las cuales reportan pueden llegar a estar presentes en cerca del 40% de los derechohabientes del IMSS; dato que guarda plena coincidencia con el abordaje metodológico empleado en este trabajo de investigación.

En este trabajo se consideró 5 problemáticas de salud mental: depresión, ansiedad, problemas de sueño, estado general de salud (síntomatología emocional) y estrés. Entre todas ellas, destaca que el valor más alto entre todos los participantes de la muestra correspondió al que considera elementos de gestión emocional, en este caso GHQ-12. En este caso, tal como lo sugiere Brabete (2014), este instrumento es una herramienta eficaz de tamizaje para evaluar el bienestar psicológico, malestar emocional y detectar problemas de salud mental. Es decir, si bien no es determinante, puntajes altos en esta escala puede sugerir que el bienestar mental de

la persona puede estar comprometido. En la muestra de estudio, el puntaje índice de 52.9, por arriba de la media teórica de 50, pueden explicarse con el hecho que los pacientes aguardan por una consulta médica, es decir, que pueden estar tensos ante un padecimiento o dolencia en su cuerpo. Por otra parte, el hecho que el puntaje más alto haya correspondido a esta escala, eventualmente, de acuerdo con Comotti et al. (2023), podría sugerir la presencia de depresión, ansiedad o estrés.

El segundo puntaje más alto correspondió a la ansiedad, con puntajes alrededor de los 40 puntos índice tanto para Estado, como para Rasgo. Estos valores coinciden con los reportados por Rosas et al. (2019), quienes reportan que entre las principales problemáticas de salud mental que pueden padecer personas en tratamiento médico, se encuentran la ansiedad y la depresión. En este sentido, desde la perspectiva de Zavala-Rodríguez et al. (2009), la ansiedad puede ser la respuesta más común y universal de los problemas de salud mental, pues tiene que ver con la incertidumbre o temor de una amenaza real, en este caso de la enfermedad física. Las autoras refieren que, con frecuencia, en pacientes que cursan una enfermedad, la ansiedad puede exacerbarse ante el avance de la misma o aparición de otros síntomas. El hecho que los puntajes tanto de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo sean prácticamente iguales, refiere que el estado ansioso de los pacientes participantes de esta investigación evidencia, por una parte, un estado ansioso (ansiedad-estado) que puede estar asociado al momento de estar esperando la consulta, pero también un estado ansioso (ansiedad-rasgo) que prevalece en ellos más allá de ese momento en específico, es decir, que va con ellos, los acompaña a casa y en su día a día.

Otro dato hallazgo revelador de este trabajo es el hecho que el tercer puntaje promedio entre los problemas de salud mental evaluados corresponda a los problemas de sueño. Lo preocupante de este dato es que la falta de sueño puede propiciar un mayor deterioro de la salud. Al respecto, Sánchez-Cárdenas et al. (2015), afirman que el sueño es tan importante en el bienestar integral de una persona tanto como una buena alimentación y la activación física regular. En contrasentido, las autoras señalan que privación del sueño puede tener efectos devastadores en la salud de las personas y que, con frecuencia, son ignorados. Al respecto, El Dr. Ulises Jiménez, responsable de la Clínica de Trastornos del Sueño de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), señala que los problemas de sueño pueden considerarse un factor de riesgo y, al mismo tiempo, una consecuencia de enfermedades no transmisibles, toda vez que guarda una estrecha relación con

la obesidad, diabetes, hipertensión y padecimientos cerebrovasculares (Couttolenc, 2020). Es altamente probable que esta dualidad sea recurrente en los pacientes evaluados en este trabajo, pues, pudiera ser que la preocupación o el estado ansioso ante una enfermedad física estén provocando en los pacientes la falta de sueño. Pero, por otra parte, también es posible que la propia enfermedad física esté manifestando como síntoma un trastorno de sueño.

Respecto a la depresión y al estrés, no obstante que son en el reconocidos como dos de los principales problemas de salud mental en México (Secretaría de Salud, 2023); entre los participantes de este estudio fueron las problemáticas con puntajes menores, aunque con valores cercanos a la media teórica (50). Si bien es cierto que la depresión y estrés pueden devenir de elementos contextuales tales como precariedad laboral, la marginalidad social o entornos ambientales deteriorados; la aparición de una enfermedad que comprometa el estado de salud puede favorecer la aparición de cuadros depresivos (Morales, 2017). Por su parte, Barranco-Cuevas et al. (2021), también reportan los altos índices de depresión y ansiedad en una muestra de derechohabientes del IMSS en Puebla, México. En el mismo sentido, desde un enfoque fisiológico-bioquímico, el estrés puede entenderse como una respuesta orgánica que se genera cuando una persona se enfrenta a una situación amenazante que, como en el caso de los participantes de este estudio, puede ser la pérdida de la salud (Naranjo, 2009). En contrasentido, como ya se expuso en capítulos anteriores, el estrés contribuye al deterioro de la salud al favorecer el desequilibrar la homeostasis del cuerpo, lo que puede tener serias afectaciones al sistema nervioso, endócrino e inmune; lo que ineludiblemente puede propiciar padecimientos cardíacos, gastrointestinales e, incluso, favorecer la aparición de otros problemas de salud mental como la depresión, ansiedad y problemas de sueño (Barrio et al., 2009); tal como se presenta en los participantes en este estudio.

Ahora bien, en las comparativas que se realizaron respecto a sexo, destaca el hecho que únicamente el estrés es ligeramente mayor en el grupo de mujeres respecto a los hombres. Esto coincide con lo reportado por Ticona (2015), quien, en un grupo de pacientes con estado de salud comprometido, reportó niveles de estrés más altos que en el grupo de hombres. Al respecto, Oros de Sapia (2002) señala que esta diferencia puede deberse a que las mujeres son más propensas a presentar mayor inestabilidad emocional ante circunstancias amenazantes. Duval et al. (2010), sostienen esta misma idea, argumentando que esta inestabilidad emocional puede tener su origen en el ciclo hormonal que su cuerpo atraviesa naturalmente y que se

entrelaza con las circunstancias ambientales en la que la persona se desenvuelve. Ahora bien, en contrasentido, Cote y García (2016) explican que el estrés se vive diferente entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes tienden a tener respuestas más ante el estrés, toda vez que, ante situaciones amenazantes, han presentado concentraciones mayores de oxitocina; una hormona asociada con la confianza, el placer y la relajación. Considerando lo anterior, los puntajes sutilmente más altos en el grupo de mujeres respecto a hombres en los participantes de este estudio, puede atribuirse a la conducta referida por Espinoza-Rivera (2023; citado por Espinoza y Luna, 2023), quien señala que con frecuencia las mujeres se preocupan y sufren su condición de salud en silencio, evitando quejarse de sus malestares, con el propósito de no alterar la vida de sus familiares, anteponiendo las necesidades de su familia a las propias.

Respecto a las enfermedades no transmisibles evaluadas, diabetes, sobrepeso e hipertensión; se hallaron algunos datos relevantes. Se apreciaron diferencias significativas para depresión, estrés y calidad de sueño en los participantes que declararon padecer diabetes e hipertensión. En cuanto a la depresión y el estrés, los resultados de este trabajo son consistentes con lo reportado por Rivas-Acuña et al. (2011), en el sentido que pacientes con diabetes mellitus tipo II, tienden a padecer episodios depresivos y cuadros de estrés crónico en mayor proporción que personas que no tienen la enfermedad. De acuerdo con Vázquez y Mukamutara (2020), la propensión a padecer altos niveles de depresión y otros problemas de salud mental, puede estar asociada con algunas variables sociodemográficas, con eventos vitales relevantes y con un mal control de la enfermedad. Por otra parte, en cuanto al sueño, los datos de los participantes en este trabajo apuntan a que las personas con diabetes tienen mayor probabilidad de padecer trastornos del sueño y, paradójicamente, las personas que no descansan bien tienen más riesgo de padecer o exacerbar la enfermedad (SANITAS, 2025). En un sentido amplio, Sánchez Cárdenas (2015), refiere que la falta de sueño es un problema que con frecuencia aparece en pacientes que padecen obesidad, enfermedades metabólicas y problemas cardíacos. Respecto al sobrepeso, los datos de los participantes no coinciden con lo reportado en la literatura, donde se refiere que diversos problemas de salud mental se asocian a problemas de obesidad y sobrepeso (Segal et al., 2024). Esto podría explicarse debido a que no se realizó una valoración clínica del sobrepeso basado en criterios objetivos, como el índice de masa corporal, por lo que es posible que el sobrepeso esté siendo subreportado, toda vez que, tal como lo afirma Matus et al. (2016), las personas tienden a minimizar su sobrepeso y, en consecuencia, a justificar su imagen corporal.

Respecto a las correlaciones entre las problemáticas de salud mental evaluadas, se puede apreciar una correspondencia directa entre la mayoría de ellas, siendo el eje de las asociaciones bivariadas la depresión, pues presenta correlaciones moderadas con el resto. En este sentido, los resultados apuntan en la misma dirección de lo reportado en la literatura respecto a que, con frecuencia, la ansiedad, depresión y estrés suelen presentarse al mismo tiempo (Secretaría de Salud, 2014). Al respecto, Martín del Campo et al. (2018), señala que esta frecuente asociación deviene, en parte, a que estas problemáticas comparten algunos síntomas tales como estado de agitación, miedo, incertidumbre, pérdida de control, palpitaciones, falta de aire y alteración del sueño. Respecto a la situación emocional evaluada por el GHQ-12, la correlación con depresión se explica en el hecho que, con frecuencia, la sintomatología depresiva es amplia e incluye sentimientos de tristeza, desesperanza, pérdida de interés en actividades placenteras, irritabilidad, culpa, inutilidad y dificultad para concentrarse (Carranza, 2012; INH, 2024). En relación al sueño, la correlación con depresión, y algunos otros problemas de salud mental evaluados, corresponde a lo referido en otros trabajos, en el sentido que ante la presencia de problemáticas de salud mental es frecuente también la aparición de alteraciones de sueño; en una especie de círculo vicioso, donde los problemas del sueño pueden exacerbar los síntomas vinculados a problemas de salud mental y, a su vez, los problemas de salud mental pueden generar dificultades para dormir.

VIII. Conclusiones

La salud mental es una parte esencial para el bienestar general de las personas. Sin embargo, históricamente no ha tenido la atención adecuada dentro de los sistemas de salud, en los cuales se prioriza la salud física y la gestión de las enfermedades. Un primer contacto entre los pacientes y los servicios de primer contacto, como lo es el servicio que se presta en la consulta externa de las Unidades Médicas Familiares del IMSS, representa una oportunidad clave para la detección temprana de problemas de salud mental.

En este contexto, este trabajo aporta evidencia científica en el ámbito de la salud pública para hacer visible esta problemática. Al respecto, en correspondencia con el objetivo planteado en este trabajo, se da cuenta de niveles moderados a altos en las problemáticas evaluadas en los pacientes, siendo la sintomatología emocional, la ansiedad y los problemas de sueño quienes presentaron los puntajes más altos, por arriba de la media teórica (50); sin embargo, la depresión y el estrés también se encuentran cercanos a este valor de referencia. En este sentido, esto da cuenta que los pacientes que asisten al servicio de consulta externa en la UMF-25 del IMSS, además de sus dolencias y padecimientos físicos, presentan también problemas de salud mental.

La presencia de estos problemas de salud mental, tienen que ver con la angustia y preocupación que acompaña la pérdida de la salud; más aún cuando se trata de padecimientos crónicos, de pronóstico reservado o que requieren tratamiento por largos periodos de tiempo. De acuerdo a los resultados encontrados en este trabajo, los problemas de salud mental guardan estrecha relación con algunas de las principales enfermedades crónico degenerativas, presentes en una amplia proporción de la población, como lo son la diabetes, la hipertensión y el sobrepeso. El común denominador de estas enfermedades es que prevalecen en el tiempo, silenciosas, degenerativas y pueden tener complicaciones graves. Por otra parte, también se hace evidente el hecho que los problemas de salud mental no presentan de forma aislada, sino que, con frecuencia, aparece más de una, por ejemplo, depresión y estrés, ansiedad y depresión, problemas de sueño y estrés, por mencionar algunas situaciones.

No obstante que las implicaciones de un estado de salud mental vulnerado pueden incidir de manera negativa en el tratamiento de las enfermedades físicas, muchas veces tienen a

desatenderse por parte del personal médico, ya sea por falta de tiempo o por incapacidad profesional; lo que se suma al desconocimiento o minimización del problema por parte del propio paciente que no sabe que tiene un problema mental. Debido a ello, resulta importante realizar investigaciones de este tipo para, por una parte, hacer evidente esta problemática y por otra, orientar el diseño de planes de intervención convenientes a servicios de primer contacto. En este sentido, y a partir de la experiencia en el trabajo de campo, se puede considerar mecanismos de escucha en dichas salas de espera, con personal profesional capacitado, de manera tal que pueda ofrecerse un primer auxilio psicológico a las personas que puedan necesitarlo.

Dentro de las principales limitaciones de este trabajo, se encuentra el hecho que no se realizó una valoración clínica de las enfermedades crónica-degenerativas evaluadas, sino que se partió del propio dicho de los pacientes. Esto abre la posibilidad que muchos de ellos no tengan un diagnóstico confiable de su enfermedad o bien, que la hayan sobreportado. Otra limitación es que únicamente se evaluó a una muestra por conveniencia en una sola unidad médica, por lo que no es posible establecer un valor de prevalencia en torno a las problemáticas de salud consideradas. Como trabajo futuro, se esboza continuar con esta de trabajo identificando otros posibles determinantes de la salud mental en pacientes que cursan una enfermedad no transmisible, como por ejemplo familiares y laborales, a partir de los cuales se pueda tener un mejor contexto de abordaje. También cabe como posibilidad, evaluar desde el punto de vista médico, las directrices de atención que se siguen para la atención de estos problemas en los pacientes que tratan día a día.

Referencias

- Aguilar-González, I.G., Frías-García, A., Martínez-Razo J y Vega-Argote, G. (2023). Relación entre enfermedades crónicas y el estado de ánimo en personas de 45 a 60 años. *Jóvenes en la ciencia*, 3, 1-3. <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/download/3879/3361/12739>
- Álvarez, D.A., Berrozpe, E.C., Castellino, L.G, González, L.A., Lucero, C.B., Maggi, S.C., Ponce de León, M., Rosas, M., Tanzi, M, Valiens, S y Salazar, R.A. (2016). Insomnio: Actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Neurología argentina*, 8(3), 201–209. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.03.003>
- American Psychological Association. (2010). *Los distintos tipos de estrés*. <https://www.apa.org/topics/stress/tipos>
- American Psychological Association (APA). (2017). *Stress in America: The State of Our Nation*. <https://www.apa.org/news/press/releases/stress>
- American Psychiatric Association (APA). (2024). *What are Sleep Disorders?*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/sleep-disorders/what-are-sleep-disorders>
- Aquino, M. (2022, septiembre 28). La entidad enfrenta una crisis de salud pública vinculada a factores como la pobreza, el aislamiento social y la falta de acceso a servicios de salud mental. *Aquinoticias*. <https://aquinoticias.mx/suicidios-en-chiapas-tendencia-alarmante/>
- Arango-Dávila, C.A., Rincón-Hoyos y H.G. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 46-55. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>
- Ardón-Centeno, N y Cubillos-Novella, A. La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana 1960-2012. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 12-38. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54525297003>
- Avendaño, P. (2024). Salud mental en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas: Un acercamiento a enfermedades reumatológicas. *Revista en Educación y Cuidado Integral en Enfermería*, 54, 58. <https://revistas.uas.edu.mx/index.php/RECIE/article/view/654>
- Ávila, J. (2014, abril 16). El estrés: un problema de salud del mundo actual. *Revista de Ciencias de la Facultad de Bioquímica*. http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf
- Badillo, D. (22 de febrero 2025). Ansiedad y depresión, trastornos mentales que más afectan a mexicanos. *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/ansiedad-depresion-trastornos-mentales-afectan-mexicanos-20250222-747467.html>
- Bang, C. (2021). Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 778-804. <https://doi.org/10.21501/22161201.3616>
- Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C.A., Moreno-Banda, G.L., Carnalla, M., Rivera, J.A., Romero-Martínez, M., Barquera, S. y Barrientos-Gutiérrez, T. (2023). Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *Salud pública de México*, 65(1), 163-168. <https://doi.org/10.21149/14832>
- Barnhill, J.W. (2024). *Generalidades sobre los trastornos de ansiedad*. Manual MSD, versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>

- Barragán, A.R. (2023). Bienestar, salud mental óptima y florecimiento: esclareciendo y diferenciando conceptos complejos. *Liberabit*, 29(2), e680.
<https://doi.org/10.24265/liberabit.2023.v29n2.680>
- Barranco-Cuevas, I.A., Flores-Raya, D., González-López, A.M., Reyes-Bello, J. Vázquez-Cruz, E. y García-Galicia, A. (2021). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés ante COVID-19 en una unidad de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 59(4), 274-280. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457769668003/html/>
- Barrio, J.A., García, M.R., Ruiz, I. y Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 37-48.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832311003>
- Barrutia, I., Danielli, J.J., Solano y Y.E. (2022). Estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100016&lng=es&tlng=es
- Bojorquez, C. I., Salgado y D. N. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies–Depression (CES–D). *Salud Mental*, 32(4), 297–304.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400005
- Brabete, A.C. (2014). El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(37), 11-29.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645433002>
- Bryant, P. A., Trinder, J. y Curtis, N. (2004). Sick and tired: Does sleep have a vital role in the immune system? *Nature Reviews Immunology*, 4(6), 457–467.
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2748771/>
- Calderón, M., Cortés, A. y Durán, E. (2012). Depresión: Recorrido histórico y conceptual. *ConTextos: Revista de Psicología del Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales*, 9(15), 87–104.
https://repository.unipiloto.edu.co/bitstream/handle/20.500.12277/8991/5_Depresion-ConTextos9.pdf
<https://psycnet.apa.org/record/1951-04438-000>
- Carranza, M., López, C. y Alveano, H. (2011, mayo). Estudio epidemiológico de síntomas depresivos en pacientes del Servicio Cardiometaabólico de México. *Revista Internacional de Medicina Clínica*, 2(3), 45–52.
<https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=5099>
- Carranza, R.F. (2012). Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de lima metropolitana. *Apuntes Universitarios. Revista de Investigación*, 2, 79-90. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=467646125005>
- Castillo, J., Barrera, D., Pérez, J. y Alvarez, F. (2010). Depresión y diabetes: De la epidemiología a la neurobiología. *Facultad de Medicina UADY*.
<https://pavlov.psyciencia.com/2015/04/depresion-y-diabetes-epidemiologia.pdf>
- Centro de opinión pública de la Universidad del Valle de México [COPUVM] (2020). *Estrés, causas y consecuencias en la salud*. <https://opinionpublica.uvm.mx/estudios/estres/>
- Clínica Baviera. (7 de noviembre del 2022). ¿Cuáles son los problemas de visión más frecuentes? *Clínica Baviera Blog*. <https://www.clinicabaviera.com/blog/bye-bye-gafas/problemas-de-vision-no-veo-de-lejos>

- Chacón, W. (2024, mayo 19). Más de 30 millones padecen hipertensión. *Cuarto Poder*.
<https://www.cuartopoder.mx/chiapas/mas-de-30-millones-padecen-hipertension/491855>
- CIGNA Portal de internet. (2023). *Los efectos del estrés y su impacto en tu salud*.
<https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/effects-of-stress-and-their-impact-on-your-health>
- Comotti, A., Fattori, A., Greselin, F., Bordini, L., Brambilla, P. y Bonzini, M. (2023). Psychometric Evaluation of GHQ-12 as a Screening Tool for Psychological Impairment of Healthcare Workers Facing COVID-19 Pandemic. *La Medicina del lavoro*, 114(1), <https://doi.org/10.23749/mdl.v114i1.13918>
- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica de Honduras*, 89(S1), 14–21. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- Cote , L.P y García, A.M. (2016). Estrés como factor limitante en el proceso de toma de decisiones: una revisión desde las diferencias de género. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 19-28. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79943294003>
- Couttolenc, J.L. (2020). Trastornos del sueño deben considerarse enfermedades no transmisibles. *Universo, Sistema de noticias de la Universidad Veracruzana (UV)*.
<https://www.uv.mx/prensa/ciencia/trastornos-del-sueno-deben-considerarse-enfermedades-no-transmisibles/>
- Cova, F. Grandón, P. Saldivia, S., Inostroza, C. y Novoa, C. (2019). Promoción y prevención en Salud mental: ¿esperanza Fundada, vana ilusión o Contrabando Psicopatologizador? *Papeles del Psicólogo*, 40(3). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2894>
- Cuartas-Agudelo, Y. S., Vergara-Yanez, D., Coronado Magalhaes, G., Mazo Betancur, L., Morales Montoya, A., Martínez-Sánchez y L. M. (2021). Apnea obstructiva del sueño; más allá de la enfermedad cardiovascular. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 16(3), 253-259. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5651839>
- De la Guardia, M.A. y Ruvalcaba, J.C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90.
<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Durán, M. (2010). Bienestar psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(1), 29–37.
<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3698512.pdf>
- Duval, F., González, F. y Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48(4), 307-318. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527722006>
- ENSANUT. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. Instituto Nacional de Salud Pública.
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- El Heraldo de Chiapas/ Redacción (12 de febrero del 2025). Incrementan enfermedades mentales en Chiapas por violencia del crimen organizado. *El Heraldo de Chiapas*.
<https://oem.com.mx/elheraldodechiapas/local/incrementan-enfermedades-mentales-en-chiapas-por-crimen-organizado-21639309>
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: W. W. Norton.
- Espinoza, I., Luna, A. (2023). Salud y enfermedad desiguales: las huellas del género. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, VII(61), 161-197. <https://doi.org/10.32870/lv.v7i61.7873>
- Estay, J.G., Crespo, J.E., Lagomarsino, M. Peña y C.L. (2018). Salud mental y la sociedad abierta en la realidad actual: entre la Utopía de la Cordura y la Praxis de la Locura. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23 (83). <https://doi.org/10.5281/zenodo.14385>

- Fernández, O., Jiménez, B., Beatriz, A., Sabina, D. y Julia, C. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Cubana de Psicología*, 19(5), 47–59.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500019
- Gaceta parlamentaria de la cámara de diputados (9 de octubre del 2024). *Gaceta Parlamentaria*, año XXVII, número 6633-I-5.
<https://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/66/2024/oct/20241009-I-5.html>
- Gallego, G. J. (2013). *Calidad del sueño y somnolencia diurna en estudiantes de enfermería* [Tesis de licenciatura]. Universidad de La Rioja.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=88029>
- Gallego Pérez, J., Toledo, J., Urrestarazu, E. y Iriarte, J. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. *Revista de Neurología*, 44(2), 75–82.
- García, T. (27 de julio del 2023). Enfermedad letal: Depresión, el enemigo que afecta a la población juvenil en Chiapas. *El Heraldo de Chiapas*.
<https://oem.com.mx/elheraldodechiapas/local/enfermedad-letal-depresion-el-enemigo-que-afecta-a-la-poblacion-juvenil-en-chiapas-16772184>
- García, T. (9 de septiembre del 2024). Chiapas enfrenta un aumento alarmante en trastornos mentales. *El Heraldo de Chiapas*.
<https://oem.com.mx/elheraldodechiapas/local/chiapas-enfrenta-un-aumento-alarmante-en-trastornos-mentales-13187236>
- García, T. (2023, julio 27). Enfermedad letal: Depresión, el enemigo que afecta a la población juvenil en Chiapas. *El Heraldo de Chiapas*.
<https://www.elheraldodechiapas.com.mx/local/enfermedad-letal-depresion-el-enemigo-que-afecta-a-la-poblacion-juvenil-en-chiapas-10445001.html>
- García, V. C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg: Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88–97.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200003
- Gastó, C., Navarro, V. y Hospital Clínic de Barcelona. (2017). *La depresión*. Consaludmental.org. <https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>
- Gobierno de México. (2018). *Trastornos mentales afectan a 15 millones de mexicanos*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/prensa/421-trastornos-mentales-afectan-a-15-millones-de-mexicanos>
- Gobierno de México. (2023, julio 23). *La punta del iceberg*. IMSS.
<https://www.gob.mx/imss/articulos/la-punta-del-iceberg?idiom=es>
- Gobierno de México. (2023, mayo 17). *Chiapas por debajo de la media nacional en prevalencia de hipertensión arterial*. Secretaría de Salud.
<https://saludchiapas.gob.mx/noticias/post/chiapas-por-debajo-de-la-media-nacional-en-prevalencia-de-hipertension-arterial-dr-pepe-cruz>
- González, N., Tinoco y A., Benhumea, L. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas: Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*, 14(32), 104–118.
- Guerrero, J. M. , Rivera, L. F. , Pilco, C. E., Montero y F. J. (2024). El impacto en la salud mental por complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta mayor en la última década en Latinoamérica. *Reincisol*, 3(6), 6283–6298.
[https://doi.org/10.59282/reincisol.V3\(6\)6283-6298](https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)6283-6298)
- Grau, J. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud y Sociedad*, 7(2), 138-166.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439747576002>

- Harvard University. (2010). *Diabetes, depression can be two-way street*. Recuperado de <https://www.healthday.com/health-news/diabetes/diabetes-depression-can-be-two-way-street-646371.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Estadísticas de salud en establecimientos particulares que prestan servicios de atención médica continua 2022 (ESEP)* [Boletín de prensa]. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ESEP/ESEP2022.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (s. f.). *Ocupación*. <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4614&op=30451&p=2&n=20>
- INSAFI. (2023). *Encuesta Nacional sobre Salud Financiera (ENSAFI)*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENSAFI/ENSAFI.pdf>
- Instituto Nacional de la Salud Mental [NIH] (2021). *Las enfermedades crónicas y la salud mental Cómo reconocer y tratar la depresión*. Núm. 21-MH-8015S. <https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/2022-01/enfermedades-cronicas-salud-mental-como-reconocer-tratar-depresion.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] /ESPM. (2021). *La importancia de la salud pública para el cuidado de la salud mental*. Escuela de Salud Pública de México. <https://www.espm.mx/blog/importancia-salud-mental/>
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] (2024). *Obesidad, problema importante de salud pública en el país*. <https://www.insp.mx/informacion-relevante/obesidad-problema-importante-de-salud-publica-en-el-pais>
- Instituto de Salud para el Bienestar (2022). *Día Mundial del Sueño: 18 de marzo*. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/dia-mundial-del-sueno-18-de-marzo>
- Izquierdo, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: Teorías y contextos. *Revista de Psicología de la Salud*, 19(2), 45–60. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832315005.pdf>
- James, P., Hudson, M., & Lee, R. (2023). *The physiological stress response: Neuroendocrine mechanisms and health implications*. *Frontiers in Neuroscience*, 17, 10025564. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10025564/>
- Jiménez-Genchi A, Monteverde-Maldonado E, Nenclares-Portocarrero A, Esquivel-Adame G y de la Vega-Pacheco A. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Med Mex.*, 144(6), 491–496.
- Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Hernández y J.F. (2022). La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Interdisciplina*, 10(26), 147-175. <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80973>
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F. y Glaser, R. (2002). Chronic stress and immune function: Implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 2(4), 273-282. <https://doi.org/10.1038/nri1571>
- Lazarus R.S, Folkman S. (1984). *Estrés, evaluación y afrontamiento*. Nueva York: Springer.
- Leitón-Espinoza, Z.E., Cienfuegos-Pastor, M.R., Deza-Espino, M.D.C., Fajardo-Ramos, E. Villanueva-Benites y M. López-González,A. (2018). Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con la diabetes. *Revista Salud Uninorte*, 34(3), 696-704. <https://www.redalyc.org/journal/817/81759607017/html/>
- Liberman, J. (01 de marzo del 2025). *Prioritizing Health | Sleep and Cardiovascular Health*. *Cardiology Magazine, American College of Cardiology*. <https://www.acc.org/Latest-in->

- Linares, K. (9 de octubre del 2024). Estrés, ansiedad e insomnio focos rojos de salud mental que incluso afectan la sexualidad. *Portal Publimetro*.
<https://www.publimetro.com.mx/nacional/2024/10/10/salud-mental-focos-rojos-que-indican-una-problematica-estres-ansiedad-e-insomnio/>
- Lira, D., Custodio, N. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(1), 20-29.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3270>
- López-Pérez, M.G y Ávila-Jiménez, L. (2024). Validación de la escala de ansiedad Estado-Rasgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista electrónica FES Iztacala*, 23(3), 1045-1068.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol27num3/Vol27No3Art7.pdf>
- López-Santana, Y., Díaz-Berasategui, Y., Cintra-Hernández Y. y Limonta-Rodríguez, R. (2014). Estrés, el gran depredador. *Revista Información Científica*, 84(2), 375-384.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757261019>
- Macías, J. A. (1997). Validación de la versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. *Archivos de Neurobiología*, 60(2), 202-206.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, [DSM-5] (2013). *American Psychiatric Association Publishing*.
- Marín-Agudelo, H.A., Franco, A.F., Vinaccia-Alpi, S., Tobón, S. y Sandín, B. (2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. *Suma Psicológica*, 15(1), 217-239.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604009>
- Martín del Campo, D. T., Lomelí, F., Riquelme Vigueras y A.M. (2018). Relación de ansiedad, depresión y estrés y el impacto que tiene sobre la salud mental en jóvenes de preparatoria y licenciatura de la CDMX.
<https://repositorio.lasalle.mx/handle/lasalle/2020>
- Matus, N.P.S., Álvarez, G.D.C., Nazar, D. y Mondragón, R. (2016). Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estudios sociales*, 24-25(47).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41744003014>
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904.
<https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M.P. y Quintero, M.F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 23, 83-112. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21311917006>
- Mechanic, D. (1995). Sociological dimensions of illness behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-14. American Sociological Association.
<https://www.jstor.org/stable/i311026>
- Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Rafful, C., Cordero, M., Bishai, J., Ferrari, A., Santomauro, D., Benjet, C., Borges, G. y Mantilla-Herrera, A.M. (2023). Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. *Gaceta médica de México*, 159(6), 527-538. <https://doi.org/10.24875/gmm.23000376>

- Míguez, S. (2020). El estrés, sus consecuencias y cómo afrontarlo. *Nuberos Científica*, 4(30), 31-36. <https://ciberindex.com/c/nc/3031nc>
- Miranda-Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>
- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 136-138. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21451176001>
- Morin, C. M., y Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *The Lancet*, 379(9821), 1129–1141. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2)
- Naranjo, M.L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058011>
- National Institute of Mental Health [INH] (2024). Depresión. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
- Nájera-Ortiz, J.C., Ocaña-Zúñiga, J. y Aceves-Chávez, V.J. (2023). Salud mental en adultos atendidos en un centro de referencia en Chiapas, México, 2012-2018. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 86(3), 224-234. <https://doi.org/10.20453/rnp.v86i3-1.4978>
- National Heart, Lung, and Blood Institute [NHLBI] (2022). Privación y deficiencia de sueño. *Cómo el sueño afecta la salud*. <https://www.nhlbi.nih.gov/es/health/sleep-deprivation/health-effects>
- Olivo-Martins-de-Passos, T., Parra-Camacho, D., Pérez-Campos, C., Aguado-Berenguer y S. (2024). La importancia del sueño en los adolescentes: impacto de variables sociodemográficas y de factores personales. *Revista de investigación e innovación en ciencias de la salud*, 6(2), 56-72. <https://doi.org/10.46634/riics.282>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. En Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, 2, 100. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la salud [OMS]. (2013). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2020*. OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo*. http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (5 de octubre 2022). *Actividad física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, junio 9). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización mundial de la salud [OMS]. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Mental health and primary care: Integrating mental health into primary care: A global perspective*. <https://www.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *Hipertensión*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, septiembre). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). *Enfermedades cardiovasculares*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *La carga de las enfermedades respiratorias crónicas*. <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-respiratorias-cronicas>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Diabetes mellitus*. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Oros de Sapia, L.B. (2002). Estrés y variables moderadoras de la percepción de la amenaza. *Interdisciplinaria*, 19(2), 159-183. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18019203>
- Osorio, M., Cruz, M., García, R. y Rivas, V. (2023). Ansiedad, depresión y adaptación psicosocial en pacientes adultos con DM tipo 2. [Preprint].
- Otero, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: Estudio descriptivo. *Revista de Psicología y Educación*, 9(1), 45–56. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4911675.pdf>
- Páez S., Gustavo A. Diferencias entre las relaciones matemáticas más usadas en demografía y geografía de la población *Revista Geográfica Venezolana*, 54(2), 303-316. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=347731126008>
- Palacio, M.L., Mejia, M.J. y Rios, R. (2018). Reflexiones sobre la incidencia de la salud mental en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial con miras al uso de dispositivos móviles en telesalud. *Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud*, 5, 27-37. <https://doi.org/10.23850/25393871.3712>
- Palacios-Jiménez, N.M., Duque-Molina, C. y Alarcón-López, A. (2022). ¿Qué se ha hecho en el IMSS en cuanto a la salud mental de los derechohabientes en la pandemia por COVID-19?. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(1), 1-3. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457775054001/>
- Pérez, G.S. (2022). Afrontamiento frente a los síntomas de ansiedad durante la pandemia por covid-19. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 7, 1-17. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=563579384027>
- Pérez, J.C., Ortiz y V.H. (2022). Salud mental en México, un desafío de salud pública. *Milenaria, Ciencia y Arte*, 11(19), 6-8. <https://doi.org/10.35830/mcya.vi19.242>
- Palacios-Jiménez, N.M., Duque-Molina, C., Alarcón-López, A., González-Mota, S.B., Miranda-García, M., Paredes-Cruz, F., Valle-Arteaga y E.I., Reyna-Sevilla, A. (2022). Salud mental: relevancia del problema, estrategias y retos que afrontar en el IMSS. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 60(Suppl 2), S150–S159. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10627502/>
- Paniagua-Herrera, D. (2024). La situación asistencial de las personas que viven con diabetes en México. *Revista diabetes*, 24. <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/La-situacion-asistencial-de-las-personas-que-viven-con-diabetes-en-Mexico.pdf>
- Pinargote, M., Guale, C. (2019). La ansiedad y su relación en el rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad Técnica de Manabí. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 5(3), 214–229. <https://www.redalyc.org/journal/5732/573263327006/573263327006.pdf>
- PRONATERC. (2023). *Programa Nacional del Control de Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias Crónicas*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. <https://www.mspbs.gov.py/tabaquismo.html>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Real Academia Española (RAE). (s.f.). *Lugar de origen*. <https://dpej.rae.es/lema/lugar-de-origen>
- Real Academia Española (RAE). (2022). *Estatuta*. <https://dle.rae.es/estatuta>
- Real Academia Española (RAE). (2023). *Peso*. <https://dle.rae.es/peso>

- Real Academia Española (RAE). (s. f.). *Religión*. <https://dle.rae.es/religi%C3%B3n>
- Restrepo, D.A., Jaramillo, J.C. (2011). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918009>
- Ríos-Robles, C.P., González-Carrión, E.L., Quilca-Terán y M.S. (2023). Una mirada crítica de la ansiedad como respuesta emocional en niños y adultos: ¿Sabemos comunicarla?. *Revista Polo del Conocimiento*, 8(5), 116-133. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i6.5669>
- Rivas-Acuña, V., García-Barjau, H., Cruz-León, A., Morales-Ramón, F., Enríquez-Martínez, R.M. y Román-Alvarez, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 17(1-2), 30-35.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182005>
- Robles, D. (21 de marzo del 2023). En México más de 45 % de adultos padecen insomnio. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/en-mexico-mas-de-45-de-adultos-padecen-insomnio/>
- Román, H. J. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(4), 342–356.
<https://www.redalyc.org/pdf/214/21429202.pdf>
- Román, C. (2003). Validación de la Escala Sintomática de Estrés en población latinoamericana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(4), 327–334.
- Rondón, M.B. (2006). Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 237-238.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323401>
- Rosas, J., Villanueva, A., Pantani, F., Lozano, A. y Ticse, R. (2019, septiembre 2). Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(3), 421–428.
<https://www.redalyc.org/journal/3720/372062284002/html>
- Saavedra, M., Astuquipan, H. (2022). Presencia de ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa de gastroenterología en Lima Metropolitana. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 42(3), 171–178.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292022000300171
- Salazar-Blandón, D.A., Castillo-León, T., Pastor-Durango, M.P., Tejada-Tayabas, L.M., Palos-Lucio y A.G. (2016). Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas. *Hacia la promoción de la salud*, 21(2), 99-113. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.2.8>
- Samaniego-Garay, R. A., Martínez, M. A. C., Martínez, A. M., del Río Mendoza, M. d. L., Pérez Pedraza y B. d. l. Á. (2023). El papel de la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo en profesionales de la salud: Una reseña. *Psicología y Salud*, 33(2), 499–508.
<https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2831>
- Sánchez-Vega, L. y Espinoza-Ortega, A. (2024). Estudios sobre los estilos de vida y su relación con la alimentación en México. Una revisión. *Estudios sociales. Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional*, 34(63), e241403.
<https://doi.org/10.24836/es.v34i63.1403>
- SANITAS, Portal de salud (2025). ¿La diabetes y los problemas de sueño están relacionados?. <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/dieta-alimentacion/nutricion/la-diabetes-los-problemas-sueno-estan-relacionados>

- Sapolsky, R. M. (1998). *Why Zebras Don't Get Ulcers: An Updated Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping*. Ed. W.H. Freeman and Company.
- Sateia M.J. (2014). International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest* 146(5),1387-1394. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>
- Secretaría de Salud de México [SSA]. (2003). En México, 3.6 millones de personas adultas padecen depresión. <https://www.gob.mx/salud/prensa/008-en-mexico-3-6-millones-de-personas-adultas-padecen-depresion>
- Secretaría de Salud [SSA] (2020). *Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones México, 2020*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/647723/SAP-DxSMA-Informe_2.pdf
- Secretaría de Salud [SSA] (2021). *Informe sobre salud mental y emocional en México. Gobierno de México*. https://www.inprf.gob.mx/transparencia/archivos/avance_resultados_2021.pdf
- Secretaría de Salud [SSA] (14 de junio del 2022). *Autoridades federales y de Chiapas inauguran Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/autoridades-federales-y-de-chiapas-inauguran-centro-comunitario-de-salud-mental-y-adicciones>
- Secretaría de Salud [SSA]. (4 de marzo del 2022). *Alimentación saludable y activación física contrarrestan la obesidad*. Secretaría de Salud Chiapas. <https://saludchiapas.gob.mx/noticias/post/alimentacion-saludable-y-activacion-fisica-contrarrestan-la-obesidad>
- Secretaría de Salud [SSA] (29 de mayo del 2023). *Uso excesivo de dispositivos móviles provoca alteraciones del sueño, advierte especialista*. <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/uso-excesivo-de-dispositivos-moviles-provoca-alteraciones-del-sueno-advierte-especialista>
- Segal Y., Gunturu S. (2024). Psychological Issues Associated With Obesity. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK603747/>
- Servín, A. (11 de octubre del 2023). Sólo 20% de las personas que viven con trastornos mentales tiene atención profesional: Allianz Partners. *El economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/los-especiales/Solo-20-de-las-personas-que-viven-con-trastornos-mentales-tiene-atencion-profesional-Allianz-Partners-20231011-0058.html>
- Sierra, J.C, Ortega y V., Zubeidat, I.. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10 – 59. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Spielberger, C. D. (1966). *Theory and measurement of anxiety*. Academic Press.
- Solís-Cámara, P., Meda Lara, R. M., Moreno Jiménez, B., Juárez Rodríguez, P. (2016). Estructura factorial del Cuestionario de Salud General GHQ-12 en Población General de México. *Salud y Sociedad*, 7(1), 62–76.
- Sosa, A. K., Barragán, L. E. (2019). El estilo de vida como problema de salud pública en México. *CES Salud Pública*, 9(1), 33–39. https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3969
- Soto, D. (13 de enero del 2023). Aumentan los casos de depresión en México tras la pandemia de Covid-19. *Portal Expansión política*. <https://politica.expansion.mx/mexico/2023/01/13/dia-mundial-contr-la-depresion-2023-aumentan-casos-mexico>
- Sucasaca, R. C., Corahua, R. M., Rodríguez, T. L., Atamari, A. N. y Pereira, V. J. (2020). Calidad de sueño en pacientes con hipertensión arterial de un hospital peruano a 3400

- metros sobre el nivel del mar, 2017. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(1), 24–30. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4762>
- Ticona, S.B., Santos, E.M. y Siqueira, A.L. (2015). Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*, 15(1), 9-20. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74137151002>
- Toche, N. (24 de Abril del 2023). Ausencia de políticas públicas en México generan rezago en la atención mental. *El economista*. <https://www.economista.com.mx/arteseideas/Ausencia-de-politicas-publicas-en-Mexico-generan-rezago-en-la-atencion-mental-20230424-0112.html>
- Torrents, R., Ricart, M., Ferreira, M., López, A., Renedo, L., Lleixà, M. y Ferré, C. (2013). Ansiedad en los cuidados: Una mirada desde el modelo de Mishel. *Index de Enfermería*, 22(1–2), 23–27. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100013
- Torres, A. (2024). Depresión, pandemia silenciosa. *UNAM Global*. <https://unamglobal.unam.mx/2024/01/#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20de%20acuerdo%20con,48%20por%20ciento%20hombres>
- Uribe, C. J. (2013). El concepto de salud y enfermedad: Una reflexión filosófica. *Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica*, 51(129), 45–58. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261129825013>
- Valencia, M. (2018). *Remisión y recuperación funcional en depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia* (1ª ed.). México: APM Ediciones y Convenciones en Psiquiatría.
- Vasco-Gómez, A., Herrera-Morales, C., Martínez-Delgado, Y. y Junyent-Iglesias, E., Pedreira-Robles, G. (2018). Relación entre calidad del sueño, ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 21(4), 369–376. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842018000400006>
- Vázquez, A., Mukamutara, J. (2020). Depresión en pacientes con diabetes mellitus y su relación con el control glucémico. *Medisan*, 24(5), 847-860. <https://www.redalyc.org/journal/3684/368464850007/html/>
- Vera-Ramírez, K.M., Anguisaca-Castillo, K. I., Dávila-Morocho, M. J., Gusqui-Gusqui, I. M., Rivera-Vega, E. V., Hurtado-Benavides, J. J., Rey-Asanza, C. M., Guartizaca-Durán y V. A. (2019). Obesidad en los pacientes con trastornos mentales: aspectos epidemiológicos, etiológicos y prácticos. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 14(2), 155-159. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170263775006>
- Viñuales, C. (2022, septiembre). La depresión y los estilos de vida saludable. *NPunto*. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6336bdd442884art2-2.pdf>
- Yorde, S. (2014). Cómo lograr una vida saludable. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 27(1), 129-142. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522014000100018&lng=es&tlng=es
- Zavala-Rodríguez, M.D.F, Ríos-Guerra, M.D.C, García-Madrid, G., Rodríguez-Hernández y C.P. (2009) Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*, 9(3), 257-270. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147006>

Fecha: ____/____/____.

Folio: ____.

Buenos días (tardes), soy alumno(a) de la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, estamos realizando un estudio de Salud Mental. Todos los datos que usted nos proporcione son anónimos, confidenciales y con fines exclusivamente académicos. ¿Me permite hacerle unas preguntas?

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
1. Sexo: () Hombre () Mujer		2. Edad: _____	
4. Estado Civil: () Soltero () Casado () U. Libre () Divorciado () Viudo		4. ¿Número de Hijos? _____	
5. Religión: () Católica () Cristiana () Pentecostés () Testigo de Jehová () Adventista () Otro: _____			
6. Escolaridad: () Analfabeta () Solo lee y escribe () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura o +			
7. Ocupación: _____			
8. Lugar de origen: _____			
DATOS CLÍNICOS			
9.- ¿Fumas? () No () Si () Ocasionalmente () Frecuentemente			
10.- ¿Consume alcohol? () No () Si () Ocasionalmente () Frecuentemente			
11.- ¿Hace ejercicio habitualmente?: () No () Si () Ocasionalmente () Frecuentemente			
12.- ¿Consume frutas y verduras?: () No () Si () Ocasionalmente () Frecuentemente			
13.- ¿Consume refresco o bebidas embotelladas?: () No () Si () Ocasionalmente () Frecuentemente			
14.- Peso: _____		15.- Estatura: _____	
13.- Tipo de visita: () Primera vez () Cita subsecuente o de control			
De las siguientes enfermedades marque con una X aquellos que padezca.			
Enfermedades de los ojos y/o problemas para ver bien		Diabetes Mellitus	
Hipertensión		Enfermedades respiratorias crónicas	

Dificultad o incapacidad para desplazarse o moverse por sí solo		Gastritis recurrente u otros problemas digestivos	
Insomnio		Obesidad y/o sobrepeso	
Enfermedades del corazón o de circulación(varices		Otro:	

CES-D				
Lea con atención la siguiente lista. Marque sus respuestas pensando cuántas veces te has sentido así la semana pasada. para indicar su respuesta coloque una cruz en la casilla correspondiente:				
Durante la semana pasada...	Menos de un día	1 a 2 días	3 a 4 días	5 a 7 días
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan				
2. No tenía hambre ni mucho apetito				
3. Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar				
4. Me sentí tan bueno/a como los demás				
5. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo				
6. Me sentí deprimido/a				
7. Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo				
8. Vi el futuro con esperanza				
9. Pensé que mi vida era un fracaso				
10. Tuve miedo				
11. Dormí sin poder descansar				
12. Me sentí feliz				
13. Hablé menos que lo normal				
14. Me sentí solo/a				
15. La gente no me cayó bien				
16. Disfruté de la vida				
17. Lloré				
18. Estuve triste				
19. Sentí que no le caía bien a otras personas				
20. No pude animarme a hacer nada.				

ESCALA SINTOMATICA DE ESTRÉS SEPP O ARO

¿Ha padecido alguno de estos síntomas durante el último año? Los síntomas que se presentan regularmente relacionados con la menstruación o los que pueden relacionarse con la ingestión de bebidas alcohólicas no deben ser señalados.

	Raramente o nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentem ente
1.Acidez o ardor en el estomago				
2.Pérdida del apetito				
3.Deseos de vomitar o vómitos				
4. Dolores abdominales				
5. Diarrea u orinar frecuentemente				
6.Dificultades para quedarse dormida despertase durante la noche				
7.Pesadillas				
8. Dolores de cabeza				
9. Disminución del deseo sexual				
10.Mareos				
11. Palpitaciones o latidos irregulares del corazón				
12. Temblor o sudoración en las manos				
13. Sudoración excesiva sin haber realizado esfuerzo físico				
14. Falta de aire sin haber realizado esfuerzo físico				
15. Falta de energía o depresión				
16. Fatiga o debilidad				
17. Nerviosismo o ansiedad				
18. Irritabilidad o enfurecimientos				

Escala GHQ.12				
	Mucho más de lo habitual	Bastante más de lo habitual	No más de lo habitual	No en lo absoluto
1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?				
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño				
3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?				
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones				
5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?				
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día				
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?				
9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?				
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?				
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?				
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?				

IDARE (INVENTARIO DE ANSIEDAD: RASGOS- ESTADO PARA ADULTOS)				
Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque el número que indique cómo se siente <i>ahora mismo</i> , o sea, en <i>este momento</i> . No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo para cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.				
	No, en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1.Me siento calmado				
2.Me siento seguro				
3.Estoy tenso				
4.Estoy contrariado				
5.Estoy a gusto				
6.Me siento alterado				
7.Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8. Me siento descansado				
9. Me siento ansioso				
10.Me siento cómodo				
11. Me siento en confianza de mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Me siento agitado				
14. Me siento a punto de explotar				
15. Me siento reposado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento muy excitado y aturdido				
19. Me siento alegre				
20. Me siento bien				
COMO TE HAS SENTIDO GENERALMENTE				
21.Me siento bien				
22. Me canso rápido				
23. Siento ganas de llorar				
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”				
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Tomo las cosas muy a pecho				
32. Me falta confianza en mi tiempo				
33. Me siento seguro				
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35. Me siento melancólico				

36. Me siento satisfecho				
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
38. Me afectan tanto los desengaños que no los puedo quitar de la cabeza				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso en asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado				

CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO				
Las siguientes preguntas solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las preguntas.				
1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?				
2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes?	Menos de 15 min	De 16 a 30 min	De 31 a 60 min	Más de 60 min
3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?				
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?				
	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
5.- Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:				
a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora				
b) Despertarse durante la noche o de madrugada				
c) Tener que levantarse para ir al servicio				
d) No poder respirar bien				
e) Toser o roncar ruidosamente				
f) Sentir frío				
g) Sentir demasiado calor				
h) Tener pesadillas o malos sueños				
i) Sufrir dolores				
i) Otras razones. Por favor descríbalas:				
7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?				
8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía,				

comía o desarrollaba alguna otra actividad?				
6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?	Muy buena	Bastante buena	Bastante mala	Muy mala
9. Durante el último mes, ¿Ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?	Ningún Problema	Solo un leve problema	Un problema	Un grave problema
10. ¿Duerme usted solo o acompañado?	Solo	Con alguien en la habitación	En la misma habitación, pero en otra cama	En la misma cama



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OAO CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 25
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

OFICIO No. 0701138252110/DIR/108/2024.

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a 31 de Mayo del 2024.

Dr. José Ramiro Cortés Pon
Coordinador Clínico de Turno
Hospital General de Zona No. 2
OAO Chiapas

Presente

Por medio de la presente le informo que no existe inconveniente por parte de la Unidad de Medicina Familiar N°. 25, para realizar el protocolo de investigación con título "Problemas de Salud Mental en Adultos que asisten a consulta a una unidad de Medicina Familiar del IMSS en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; México. Le recuerdo que antes de iniciar la recolección de la información deberá someterlo a consideración del Comité de Investigación y Ética en Investigación para su autorización.

Agradeciendo la atención a la presente, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"

Dr. Roberto Carlo Pino Santiago
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 25
OAO Chiapas



C.c.p. Minutario

