

Morbilidad de los trastornos de salud mental en la adolescencia. Análisis de expedientes clínicos de la consulta externa del Centro de Higiene Mental “Dr. Carlos Nava Muñoz”

Morbidity of mental health disorders in adolescence. Analysis of clinical records of the outpatient clinic of the Center for Mental Hygiene “Dr. Carlos Nava Muñoz”.

Óscar Alberto Campbell-Araujo¹
Ana Silvia Figueira-Duarte²

RESUMEN

Como parte de la salud en general, la Salud Mental (SM) depende de la cultura y las condiciones socioeconómicas. La pobreza y lo que ésta lleva consigo: insalubridad, desnutrición, analfabetismo, desorganización familiar, marginación social, inciden negativamente en la SM. La morbilidad de los trastornos de SM en adolescentes, de la consulta externa del Centro de Higiene Mental “Dr. Carlos Nava Muñoz” en la ciudad de Hermosillo, Sonora, de enero a diciembre de 2016 ha sido uno de los objetivos del presente estudio. Para ello, fueron seleccionados 142 expedientes del servicio de neuropediatria para su revisión. La elaboración del formato de captura de datos y análisis estadístico se realizó con base en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). En la clasificación de los diagnósticos clínicos, se empleó el DSM-IV y la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE10- de la OMS. El tipo de estudio fue prospectivo y observacional. Los resultados muestran que en los trastornos de SM en adolescentes existen diferencias de acuerdo con el sexo (entidad biológica) y el género (entidad sociocultural). Según el sexo masculino, se encontró mayor frecuencia de los trastornos del desarrollo neurológico, en primer lugar: el diagnóstico de discapacidad intelectual, en una proporción de 28/9 (hombres/mujeres). Seguido de los trastornos del aprendizaje en una relación de 10/5. En cuanto a los relacionados con el género, en el masculino, se encontraron: los trastornos de conducta con una distribución de 19/5. El empleo de sustancias de diversos tipos en una proporción de 18/6. En el género femenino fueron: ansiedad/depresión, con una distribución de 15/6 (mujeres/hombres); trastorno de autolesión cutting con 15/5; trastornos adaptativos con 8/4. A partir de estos resultados, se determinó que hace falta un gobierno que realmente invierta en mejorar las condiciones de vida de una gran parte de la población: empleo bien remunerado, vivienda, salud, educación, generar oportunidades de desarrollo, construir sentido de comunidad, respeto por los derechos humanos, por tanto, reeducar, sensibilizar y capacitar al personal que labora en sus instituciones: Cultura, Educación, Servicios de Salud, Jurídico., con un enfoque en justicia social y equidad para que esto se vea reflejado en la atención que se brinda a las personas de una, cada vez mayor, población vulnerable. De no llevarse a cabo acciones concretas en estos diversos ámbitos no podemos esperar mejorías.

Palabras clave: trastornos de salud mental en la adolescencia, determinantes sociales de la salud mental, pobreza y salud mental en adolescentes en México, estereotipos de género y salud mental en adolescentes.

Fecha de recepción: 30 agosto 2021

Fecha de aceptación: 24 septiembre 2021

¹ Pediatra/Neuropediatra, médico adscrito al Centro de Higiene Mental “Dr. Carlos Nava Muñoz”, socio titular de la Academia Mexicana de Pediatría (ACAMEXPED), e investigador independiente.

² Investigadora postdoctoral, por el Programa de Investigación Postdoctoral en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud de la Alianza CINDE- CLACSO, socia numeraria de la ACAMEXPED, e investigadora independiente.

Correspondencia: Dr. Óscar A Campbell-Araujo. campbell@rtn.uson.mx Avenida Jalisco No. 9, esquina con Calle Manuel González. Col. Centro CP: 83000. Hermosillo, Sonora (México)

ABSTRACT

As part of general health, mental health (MH) depends on culture and socioeconomic conditions. Poverty and what it entails: unhealthy conditions, malnutrition, illiteracy, family disorganization, social marginalization, negatively affect MH problems.

Objective: To know the morbidity of MH disorders in adolescents, from the outpatient clinic of the Dr. Carlos Nava Muñoz Mental Hygiene Center; in the city of Hermosillo, Sonora, from January to December 2016.

Material and Methods: 142 record files from the pediatric neurological service were selected for review. For the elaboration of the date capture format and statistical analysis, the statistical package Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 19 was used. In the classification of clinical diagnoses, the DSM-IV and the International Classification of Diseases were used. -CIE10- of the WHO. **Type of study:** Prospective and observational.

Results: It was observed that there are differences in MH disorders in adolescents according to sex (biological entity) and gender (sociocultural entity). According to the male sex, the highest frequency of neurodevelopmental disorders was found, in the first place: the diagnosis of intellectual disability, in a ratio of 28/9 (men/women). Followed by learning disorders in a ratio of 10/5. Regarding those related to gender, in males, it was found: conduct disorders with a distribution of 19/5. The use of substances of various types in a ratio of 18/6. Female gender were: Anxiety/depression 15/6 (women/men); cutting self-harm disorder 15/5; adaptative disorders 8/4.

Conclusions: We need a government that really invests in improving the living conditions of a large part of the population: well-paid employment, housing, health, education, generating development opportunities, building a sense of community, respect for human rights, etc. Re-educate, sensitize and train the personnel who work in their institutions: Culture, Education, Health Services, Legal., with a focus on social justice and equity so that this is reflected in the care provided to the people of each increasing vulnerable population. If concrete actions are not carried out in these various areas, we cannot expect improvements.

Keywords: mental health disorders in adolescence, social determinants of mental health, poverty and mental health of adolescents in Mexico, gender stereotypes and mental health in adolescents.

INTRODUCCIÓN

La Salud Mental (SM) está relacionada con condiciones diversas, asociadas al contexto socioeconómico¹, de ahí que se presenten múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos que inciden en ella. Además, conlleva padecimientos como depresión, ansiedad, epilepsia, demencia, esquizofrenia, psicosis, así como los trastornos del desarrollo en la infancia, por ejemplo, el autismo y discapacidades intelectuales. La incidencia de estos padecimientos exige de los afectados una mayor proporción de ingresos, pues con lo poco que generan se disminuye o frena el potencial de desarrollo de las personas y, por tanto, de los núcleos familiares.²

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los proce-

sos psicológicos, biológicos o de desarrollo subyacentes al funcionamiento mental. Los trastornos mentales generalmente se asocian con angustia o discapacidad significativa en actividades sociales, ocupacionales u otras actividades importantes.³

Los trastornos mentales, representan una de las principales causas de discapacidad en el mundo, además se encuentran entre las tres primeras etiologías de discapacidad en edades de entre 15-44 años; tienen en común que la gran mayoría inicia en la infancia y en una proporción baja se mantienen en la edad adulta.⁴ Dentro de los factores predictores del inicio y persistencia de trastornos mentales se encuentran: a) pobre salud mental materna, b) bajo nivel socioeconómico, c) no contar con vivienda propia, d) pérdida de estabilidad familiar con o sin familia reconstruida, y f) requerir de educación especial en la etapa del desarrollo, entre otros determinantes.⁵

Se tiene documentado que las niñas, los niños y adolescentes constituyen un tercio (2.2 billones de individuos) de la población mundial, y casi 90% vive en países de bajo y mediano ingreso, representan arriba del 50% de la población. A pesar de que es ampliamente reconocida la importancia de la SM, su promoción y prevención en la infancia y adolescencia muestran una brecha importante entre las necesidades y recursos existentes. El desarrollo de los servicios para atender estos problemas se encuentra obstaculizado por la carencia de políticas públicas orientadas a este fin, fondos insuficientes y escasez de clínicos entrenados.⁶

De acuerdo a González⁷, los siguientes datos resultan relevantes en lo relacionado con el campo de la SM en nuestro país: a) 18% de la población urbana, entre 18 y 64 años de edad, sufre trastornos afectivos, principalmente depresión; b) los trastornos depresivos y la ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención; c) la epilepsia tiene una prevalencia de 3.7% en población de este mismo grupo de edad, de los cuales un tercio inicia en la infancia, y las personas con epilepsia continúan siendo sometidas a estigma; d) los problemas de SM en la infancia no son identificados, por ende, no se solicita atención al respecto, sin embargo, se calcula que 7% de la población de entre los 3 y los 12 años de edad se encuentra afectada; e) en las escuelas de educación especial de la Secretaría de Educación Pública (SEP) a nivel nacional, se atienden anualmente a un número aproximado de 200 mil niños con problemas de aprendizaje, discapacidad mental, conducta y otros tipos de problemas motrices y/o sensoriales.⁷

En cuanto a los determinantes sociales de la SM, se ha observado que está determinada por múltiples factores, por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la SM de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo^{8,9}; además, las mismas adversidades sociales son reconocidas como fac-

tor de riesgo en el inicio de depresión tanto en niñas y niños, como en adolescentes.¹⁰

Asimismo, la mala SM se asocia a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.⁸ También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que vuelven a una persona más vulnerable ante los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, por ejemplo: los antecedentes pre y perinatales, la neurobiología del desarrollo del cerebro en las etapas de la infancia y de la adolescencia, así como de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.⁸

En síntesis, la SM es un componente integral y esencial de la salud. La OMS establece que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Una importante consecuencia de esta definición es que considera la SM como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales. La SM es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la SM es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. La SM y el bienestar son esenciales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, protección y restablecimiento de la SM son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.⁸

MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo de este trabajo fue conocer la morbilidad de los trastornos de SM en adolescentes, de la consulta externa del Centro de Higiene Mental “Dr. Carlos

Nava Muñoz" (Centro) en la ciudad de Hermosillo, Sonora, de enero a diciembre de 2016. En este período se atendieron en el Centro en consulta de primera vez, un total de 1,624 usuarios; de éstos, 601 casos fueron valorados en la Unidad de Terapia del Adolescente, y de ellos fueron seleccionados 142 expedientes del servicio de neuropsiquiatría para su revisión.

Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de la información. Para la elaboración del formato de captura de datos y análisis estadístico, se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Versión 19.¹¹ En la clasificación de los diagnósticos clínicos, se empleó el DSM-IV¹² y la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE10- de la OMS.¹³ Para conocer el nivel de marginación, se empleó la dirección del domicilio de los usuarios, establecida en los expedientes clínicos del Centro, misma que se confrontó con las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), de los mapas digitales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) del grado de Marginación 2010.¹⁴

Es importante aclarar que, al momento de realizar la consulta clínica neuropsiquiátrica, se abordaron algunos aspectos no considerados en el expediente clínico, tales como: información socioeconómica y laboral de los padres/madres y adolescentes; antecedentes personales de estos últimos: sexualidad y consumo de sustancias e información sobre su rendimiento y situación escolar al momento de la entrevista.

El protocolo de investigación se sometió a valoración y aprobación de la Dirección General de Enseñanza, Investigación y Calidad de la Secretaría de Salud (SSA) del Estado de Sonora. El tipo de estudio fue prospectivo y observacional.

RESULTADOS

1. Características demográficas y socioeconómicas

Lugar de origen. La mayoría, con 132 casos (92%), residía en Hermosillo, Sonora; el resto, 10 casos (8%), en otras poblaciones del estado: Nacozari de Gar-

cía, San Miguel de Horcasitas, Nogales, Aconchi, Huásabas, Ures, Agua Prieta y Santa Ana.

Nivel de marginación. Se observó que 86 casos (71%), correspondieron a niveles de marginación comprendidos en los rangos de: muy alto, alto y medio. Por otra parte, 35 casos (29%) viven en niveles de marginación: bajo o muy bajo. No se incluyeron los casos de usuarios foráneos.

Edad de las y los adolescentes. El rango de edad fluctuó entre los 11 y 18 años, con una edad promedio de 13.5 años.

Sexo. Se encontró un total de 83 casos (58.5%) del sexo masculino, y 59 casos (41.5%) del sexo femenino.

El sexo se considera como la biología relativamente inmutable de ser hombre o mujer; mientras que el género se refiere a los roles y expectativas atribuidos a hombres y mujeres en una sociedad determinada, roles que cambian con el tiempo, lugar y la etapa de la vida.¹⁵

Escolaridad. En su mayoría, 136 casos (96%), los usuarios estudian: 90 casos (64%) en el nivel de secundaria; seis casos (4%), en preparatoria; y en seis casos (4%), no están en ningún sistema escolarizado. En 34 casos (24%) se les había suspendido de su escuela, estableciendo por parte de su centro escolar la condición de reincorporarlos solo si asistían a valoración de su comportamiento. En seis casos (4%) se les expulsó de su escuela de manera definitiva. En cuanto al rendimiento escolar, se encontró que en 87 casos (68.5%) señalaron que no habían presentado problemas. Por otro lado, 32 casos (25%) han presentado bajo rendimiento escolar y ocho casos (6.5%) han reprobado.

Empleo de las y los adolescentes. Al momento de la entrevista, 50 casos (35%) refieren haber trabajado o estar en un trabajo (subempleo), de los cuales 34 son hombres y 16 mujeres (tabla 1).

Edad de las madres/padres. El promedio de edad de las madres fue de 31 años y el de los padres de 40 años.

Tabla 1.
Vida laboral de adolescentes

Tipo trabajo	Casos	
	H	M
Empaquetador	5	4
Jornalero	5	1
Varios: oficina, lavacarros, mensajero	4	4
Albañil	4	0
Ayudante vaquero/rancho	3	0
Campesino	2	1
Ayudante reparación de llantas	2	1
Empleado. Purificación de agua	2	1
Ayudante soldador	2	0
Empleado taquería	0	1
Ayudante electrónica	1	0
Volanteo público	1	1
Cuida niños	0	2
Carpintería y herrería	1	0
Limpavidrios	1	0
Asear una casa	1	0
Totales:	34	16

H: Hombre. M: Mujer.

Elaboración propia. Fuente: Archivo Clínico.

Escolaridad de las madres/padres. En las madres se encontró que tenían estudios de secundaria completa en 63 casos (46.5%), con primaria completa en 22 casos (16.5%), preparatoria completa en 6 casos (12%), y licenciatura completa en 9 casos (6.5%). Los padres tenían primaria completa en 28 casos (21%), secundaria incompleta en 43 casos (32.5%), y licenciatura completa en 20 casos (15%), e incompleta 12 casos (9%).

Empleo de la madre. De los 142 casos, en 118 (83%) se logró obtener esta información. Se encontró que 65 casos (55%) trabajan en alguna de las siguientes actividades: recamarista, empleada de maquiladora, ventas, maestra, recepcionista, empleada de casino o mesera, guardia de seguridad, empleada de cocina, estilista, cuidar niños y/o enfermos, despachadora de gasolina, entre otras. En 47 casos (35%) señalan dedicarse a labores propias del hogar. Y solo seis casos indicaron que no trabajaban en ese momento.

Empleo del padre. De los 142 casos se obtuvo información en 79 (55.5%), de los cuales 23 (18%) se dedicaban a las siguientes actividades: jornalero, albañil, ranchero, pintor, mecánico y/o carroceros, trabajo en la construcción, entre otros. En 13 casos (16.5%) estaban desempleados.

Nivel socioeconómico. Debido a que en la institución ya no se realiza el estudio socioeconómico de rutina, se recurrió a preguntar de forma directa la situación económica, así fue posible obtener el ingreso mensual promedio acumulado: por la aportación de cada uno de los que trabajan en la casa, y por recursos extras. De los 102 casos (72%) que reportaron ingresos, 50 de ellos (49%) fluctuaron entre 1,500 y 5,000 pesos; en 31 casos (30.5%) sus ingresos oscilaron entre 5,000 y 7,000 pesos.

Situación familiar. En cuanto a las relaciones familiares, de un total de 138 casos (98%), fueron catalogados:

gadas por el familiar como: buenas en 79 casos (57%); no adecuadas en 54 casos (39%); el resto: cinco casos (4%), no respondió. Con relación a si el padre estaba en casa, de un total de 107 casos (75.5%), en 48 casos (54%) señalaron que no; en 42 casos (39%) que sí; el resto no respondió.

Psicopatología de las madres/padres. En cuanto a los antecedentes patológicos, se encontraron: 34 casos (20%) de trastornos mentales y del comportamiento por el consumo de alcohol: 24 hombres y 10 mujeres; 21 casos (12.5%) con trastornos mentales y del comportamiento por consumo de múltiples drogas u otras sustancias psicotrópicas: 17 en hombres y 4 en mujeres; 17 casos (10%) de presencia de psicopatología: trastorno bipolar: un hombre, esquizofrenia: una mujer; y 6 casos (3.5%): otras psicopatologías maternas/paternas. En 11 casos (6.5%) se presentó trastorno episódico depresivo: 10 en mujeres y uno en hombres. Mientras que 13 casos (7.5%) han sido internados para la atención de consumo de sustancias en algún tipo de institución, de los cuales 9 son mujeres y 4 hombres. Además, se identificaron enfermedades crónico-degenerativas como diabetes, hipertensión arterial sistémica, obesidad, etc.

2. Características clínicas

Se observó que en los trastornos de SM en adolescentes existen diferencias de acuerdo con el sexo (entidad biológica) y el género (entidad sociocultural²). De acuerdo con el sexo masculino, se encontró mayor frecuencia de los trastornos del desarrollo neurológico, en primer lugar: el diagnóstico de discapacidad intelectual, en una proporción de 28/9 (hombres/mujeres). Seguido de los trastornos del aprendizaje en una relación de 10/5. En cuanto a los relacionados con el género, en el masculino, se encontraron: los trastornos de conducta con una distribución de 19/5.

El empleo de sustancias de diversos tipos en una proporción de 18/6. En cuanto al género femenino fueron: Ansiedad/depresión 15/6 (mujeres/hombres); trastorno de autolesión cutting 15/5; trastornos adaptativos 8/4. Otros trastornos del neurodesarrollo encontrados fueron: epilepsia 3/2 (hombres/mujeres), autismo 3/0 (hombres/mujeres), dislexia del desarrollo 1/0 (hombres/mujeres) (tabla 2).

Tabla 2.
Trastornos que mostraron mayor frecuencia en adolescentes

Tipo trastorno	Masculino		Femenino	
	Casos		Casos	
	H	M		H
Discapacidad intelectual	28	9	T. de ansiedad-depresión	15
T. de conducta	19	5	T. de autolesión cutting	15
Uso de sustancias	18	6	T. adaptativo	8
T. de aprendizaje	10	5		4
Epilepsia	3	2		
Autismo	3	0		
Dislexia del desarrollo	1	0		

H: Hombre. M: Mujer. T: trastorno.

Elaboración propia. Fuente: Archivo Clínico.

Razón de la valoración. En 46 casos (32%) fueron enviados y/o suspendidos de sus escuelas, de los cuales 24 eran hombres y 22 mujeres. En 25 casos (17.5%) debido a problemas con el empleo de sustancias, de los cuales 18 casos eran hombres y 7 mujeres. En 13 casos (9%) fueron referidos del Instituto de la Mujer o del Instituto de Tratamiento y del Centro Intermedio de Aplicación de Medidas para Adolescentes (ITAMA), de este último, cuatro casos fueron mujeres y dos hombres.

Antecedentes personales. En cuanto a su vida sexual, en 33 casos (22.5%) aceptaron ya haberla iniciado, de los cuales 14 casos (10%) mencionó que lo hizo con protección; y en 6 casos (4%) sin protección; en 3 casos (2%) a veces con y sin protección. De éstos mencionaron: en un caso un adolescente con relación bisexual, y otro caso una adolescente con relación homosexual. La edad promedio de ambos grupos de inicio de su vida sexual fue de 14.5 años; con un rango de edad que va de los 12 a los 17. En 86 casos (60%) señalaron no haber iniciado su vida sexual a la fecha de la valoración.

En cuanto a adicciones, se encontró que en 25 casos (17%) han empleado algún tipo de sustancias, de las cuales señalaron el consumo de marihuana, cocaína e inhalables (cemento, thinner y otros). La mayoría, 21 casos, se refieren a ellos mismos como farmacodependientes; en cuatro casos, mencionan haber sido invitados a consumir alguna sustancia.

Estudios de apoyo diagnóstico. El estudio de electroencefalograma se solicitó solo en 46 casos, de los cuales 23 casos (60%) se reportó anormal; 15 casos (40%) se reportó como normal y en ocho casos no se practicó. En cuanto al psicodiagnóstico se realizó en 26 (18.5%) casos: 13 casos (50%) con capacidad intelectual límitrofe, nueve casos (34%) resultaron normales y cuatro (16%) con discapacidad intelectual.

Tratamiento farmacológico. En 27 casos (19%) se emplearon los siguientes medicamentos: en ocho casos: ansiolíticos, siete casos: antiepilépticos, cuatro casos: psicoestimulantes, dos casos: antidepresivos. Con un

caso los siguientes: hipnótico, antipsicótico y sedante; y combinación de dos medicamentos: antiepiléptico y psicoestimulante, antipsicótico y antidepresivo, así como hormona tiroidea sintética, y antiparasitario.

Otros tratamientos

Fueron canalizados a los siguientes servicios: 32 casos (22.5%) a paidosiquiatría (de los cuales tres no acudieron); 31 casos (22%) al servicio de psicología (siete no acudieron); y 30 casos (21%) a terapia familiar.

DISCUSIÓN

El presente reporte, refleja las precarias condiciones donde viven las y los adolescentes y sus familias: la insuficiencia en el empleo de los padres (son escasos los que cuentan con trabajo permanente, y la gran mayoría corresponden a subempleo); el limitado nivel educativo de los padres (promedio de nueve años); y el que los propios adolescentes (menores de edad), en la mitad de los casos han laborado o se desempeñan en actividades de subempleo. Por otra parte, al lograr identificar el lugar donde viven, se observa que corresponde a las zonas con grado de marginación muy alta, alta y media, esto en 71% de los casos. Estas áreas corresponden a los asentamientos habitacionales de reciente creación, en zonas periféricas de la ciudad, alejadas de centros hospitalarios, con limitación de servicio de transporte público, seguridad, áreas verdes, de diversión, parques y otro tipo de espacios para recreación.

Dentro de los antecedentes heredofamiliares, se identificaron (en los padres) los siguientes como los principales hallazgos de importancia: disfunción familiar, psicopatología en algunos de ellos, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol y diversos tipos de sustancias (opioides, cannabinoides, cocaína, etc.), con una escasa proporción de internamiento para atención por consumo de drogas. En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas degenerativas en ambos padres, se encontraron: obesidad, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, entre otras.

Se ha reportado en la literatura, los factores ambientales (o adversidades) que afectan a la SM del infante y adolescente, ejemplos de estos incluyen: pobreza, ambientes violentos, disciplina severa, rechazo, maltrato, conflictos maritales y enfermedad mental de los padres; la mayoría de las veces se denomina factores de riesgo, en lugar de factores causales. Aunque es probable que desempeñen un papel etiológico, la causalidad directa no siempre se puede inferir. Los factores biológicos influyen tanto en cómo el niño y/o adolescente se ve afectado por la adversidad (por ejemplo, el temperamento enojado o ansioso/inhibido); y por padecer y/o estar expuesto a las adversidades de la infancia (por ejemplo, experimentar los síntomas depresivos de los padres, pero esos síntomas resultan en parte, de la estructura genética de éstos, así como de los factores estresantes de la vida, los cuales pueden incrementar estos síntomas).¹⁶

En cuanto a la distribución del tipo de trastorno mental, en relación con el sexo, es importante mencionar que se observaron diferencias significativas, sobre todo en los casos que mostraron mayor morbilidad. Dentro de éstos, podemos destacar la presencia de los trastornos de inicio en etapa temprana, con mayor predominio en hombres: discapacidad intelectual, trastornos del aprendizaje, autismo, dislexia y epilepsia. El identificar la discapacidad intelectual, como una entidad que se observó dentro de las más frecuentes en hombres, resulta preocupante por su efecto a corto y largo plazo, y el hecho de no recibir el apoyo adecuado.

De acuerdo con lo reportado en la literatura, la exclusión y segregación que sufren las personas con discapacidad intelectual son el resultado de la interacción entre su trastorno, la cultura de discriminación y la incapacidad de las instituciones sociales para brindar un acceso digno y universal a la educación, a los mercados laborales, a los servicios públicos y de salud. En suma, se considera que en América Latina estos trastornos están ausentes de las agendas legislativa, judicial, educativa, de salud y social. Las iniciativas existentes no están ba-

sadas en la evidencia científica y pocas buscan promover la independencia y la integración social y laboral¹⁷.

México no es ajeno al complejo problema descrito en otros países de la región, incluidas la inclusión parcial y desigual de personas en la enseñanza, pocas posibilidades de integrarse a un trabajo remunerado al finalizar la escuela y la discriminación y exclusión sociales. En nuestro país, las principales opciones de rehabilitación y apoyo a la integración social o comunitaria las ofrecen organizaciones no gubernamentales, algunas de las cuales brindan capacitación en habilidades necesarias para la inclusión social y laboral.¹⁷

Por otro lado, es importante destacar que los trastornos relacionados con el desarrollo neurológico: discapacidad intelectual, trastorno del aprendizaje, autismo y dislexia del desarrollo se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres: 42 casos en los hombres y 14 casos en mujeres. Con relación a la discapacidad intelectual, se han reportado causas genéticas en el origen de dicho trastorno, se ha señalado al cromosoma X como etiología más probable por el hecho de estar ligado a síndromes que son más frecuentemente manifestados en hombres.¹⁸ Se estima una prevalencia de 10 a 4 mayor en los hombres que en las mujeres.¹⁹ Asimismo, está descrito que las niñas alcanzan su desarrollo en etapas más tempranas, y muestran tasas de maduración más rápidas que los niños.²⁰

Con relación a los trastornos de inicio en la etapa tardía de la adolescencia, los siguientes fueron presentados con mayor frecuencia en las mujeres: trastornos de ansiedad/depresión, autolesión cutting, adaptativos. También se presentaron en los hombres, pero con menor frecuencia (tabla 2).

Es de llamar la atención, el haber encontrado alta frecuencia de los trastornos de uso de sustancias en estas edades, en ambos sexos, con predominio en los hombres. Recientemente, este tipo de problema se ha venido reportando en la literatura como una nueva entidad, donde se señala que una persona resulta vulnerable a tener una

adicción: si durante su infancia ha enfrentado situaciones adversas, como son un pobre cuidado parental, o abuso verbal, físico o sexual. Asimismo, se ha sugerido la existencia de una relación entre los rasgos de la personalidad y la vulnerabilidad a desarrollar dependencia a una droga de abuso; en estos casos, se señala que la mayoría de las personas predispuestas a la adicción tienen signos y síntomas definidos antes de empezar a consumir drogas, por ejemplo: impulsividad, exhibir pobre control de la atención, agresividad, trastorno del déficit de atención con y sin hiperactividad, trastorno bipolar, trastorno límitrofe de personalidad, psicopatía, sociopatía, entre otras.²¹

Al revisar el motivo de consulta y el por qué acudieron a la valoración médica en su primer consulta, así como los diagnósticos, encontramos una clara definición de la diferencia de género para determinados patrones de comportamiento y, por lo tanto, en los diagnósticos propiamente. Se ha observado que ciertos tipos de trastornos son más frecuentes en el género masculino y otro tipo de trastornos mentales resultan más específicos para el femenino. Así, encontramos en nuestra revisión una proporción mayor de casos en los adolescentes de trastornos conocidos como externalizantes, a saber: uso de sustancias y trastornos de conducta; y en su caso, en los trastornos en las adolescentes conocidos con internalizantes, fueron más frecuentemente encontrados los problemas de: ansiedad/depresión, autolesiones dérmicas (cutting); y trastornos adaptativos.

Es importante destacar que estos problemas presentados en los hombres, llamados externalizantes: trastornos de conducta, y empleo de sustancias, entre otros, también se observaron, aunque en menor medida en las mujeres. Al igual que las conductas internalizantes: ansiedad, depresión, autolesión cutting, se observaron también en los hombres. Por lo que resulta importante cuestionar los supuestos de género asociados a cada uno de dichos trastornos.

Respecto a la investigación sobre diferencias de género y psicopatología en la infancia y la adolescencia se encontró que es de origen reciente. Los primeros tra-

bajos enfatizaron las diferencias de género en las tasas de prevalencia de diferentes trastornos en distintas edades. Ahora, se presta mayor atención a los problemas que antes se ignoraban en un género, porque ocurrían con menos frecuencia, por ejemplo, el comportamiento antisocial en las adolescentes y depresión en los adolescentes. El estudio de las diferencias de género proporciona un medio para identificar las etiologías complejas de los diferentes tipos de problemas emocionales y de comportamiento.^{16,22}

Pero más allá de estudiar las diferencias de género, es necesario profundizar en la comprensión sobre cómo la cultura patriarcal determina formas de vivir y comportarse socialmente, de acuerdo con los roles y/o estereotipos de género, mismos que funcionan como mecanismos de opresión y subyugación entre e intra géneros. Para los hombres: ser agresivos, violentos, competitivos, invulnerables, béticos, independientes, proveedores, inteligentes, superiores. Para las mujeres: ser sumisas, pasivas, dependientes, emocionales, vulnerables, enfocadas en el cuidado de los “otros”, torpes intelectualmente, inferiores. Es importante determinar cómo todo esto, afecta la forma en que se padecen y se interiorizan o exteriorizan estas normas sociales.

Por otro lado, los estudios sobre masculinidad han arrojado luz en varios temas que hasta hace poco tiempo habían permanecido ocultos, sobre todo, por la abundancia de publicaciones que se enfocan en los estudios de género. Por lo general, dichos análisis abordan el tema de la depresión en las mujeres, ignorando que en los hombres este problema se presenta, pero de forma diferenciada. Se advierte que el abuso de sustancias y la violencia enmascaren la depresión y la ansiedad en los hombres; o que síntomas tradicionalmente masculinos como la adicción y la agresión comparten las mismas causas subyacentes que la depresión y la ansiedad.²³⁻²⁵ Otros estudios refieren que las mujeres son “encubiertamente” agresivas (incluso agresivas físicamente) y que utilizan medios indirectos para ejercer la violencia²⁶ e, incluso, que se comportan mucho más agresivas hacia otras mujeres que hacia los

hombres²⁷, de ahí que la agresión de las mujeres se puede pasar por alto de la misma manera que la depresión en los hombres. Por ello, se pone en cuestión los conocimientos aceptados sobre las diferencias en materia de SM entre hombres y mujeres, además, se sugiere la necesidad de nuevas exploraciones empíricas de los supuestos clásicos sobre género y SM. Dado que los factores que afectan la SM de hombres y mujeres son probablemente mucho más similares de lo que se ha considerado actualmente y responderán al mismo factor de estrés en formas típicas de su género: los hombres tienden a abusar del alcohol y las mujeres a angustiarse. O bien, ambos responderán en diferentes grados al mismo factor de estrés dependiendo de si se está relacionado con un rol social típicamente femenino o masculino.²⁸

Por último, la comprensión de la SM de los hombres ofrece implicaciones de amplio alcance para conocer los impactos en la socialización de género y los roles de género en la SM, el sesgo de género en el sistema de atención a la salud y cómo mejorar los esfuerzos de recopilación de datos y de intervenciones clínicas y políticas públicas²³. Tomar en cuenta los trastornos mentales, tanto de los hombres como de las mujeres viviendo en contextos de precariedad, pobreza y violencia, así como abordarlos desde una perspectiva sociocultural, podría mostrarnos una panorámica más cercana a la realidad de estos grupos, que conduzca a brindar una mejor atención a su salud mental, no sólo en el ámbito de los servicios destinados a ésta, sino, además, en el contexto escolar, laboral y comunitario.

CONCLUSIONES

A partir de estos resultados, se determinó que hace falta un gobierno que realmente invierta en mejorar las condiciones de vida de una gran parte de la población: empleo bien remunerado, vivienda, salud, educación, generar oportunidades de desarrollo, construir sentido de comunidad, respeto por los derechos humanos, por tanto, reeducar, sensibilizar y capacitar al personal que labora en sus instituciones: Cultura, Educación, Servicios de

Salud, Jurídico, con un enfoque en justicia social y equidad para que esto se vea reflejado en la atención que se brinda a las personas de una, cada vez mayor, población vulnerable. De no llevarse a cabo acciones concretas en estos diversos ámbitos no podemos esperar mejorías.

Limitaciones con las que nos enfrentamos son las siguientes: 56.7% de la población se encuentra en pobreza con relación al ingreso, de acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL); aumento en los índices de desempleo, inseguridad, violencia: homicidios/feminicidios, ausencia de control de los grupos criminales, corrupción e impunidad en los diferentes niveles de la jerarquía económico-social-institucional, relaciones de poder desigual entre las clases, géneros, edades, falta de inversión en hospitales y escuelas públicas.

Y para finalizar, no hay inversión en investigación en salud mental. Seguimos dependiendo de la buena voluntad de profesionales que con incontables esfuerzos, pero con gran convicción y deseos de ver un panorama más justo, continúan realizando su indispensable labor para que esta realidad sea visibilizada, y lo más relevante, transformada.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Perfil Epidemiológico de la Salud Mental. México: Secretaría de Salud. 2012.
2. Sandoval-De Escudria JM, Richard Muñoz MP. La Salud Mental en México. Servicio de Investigación y análisis. División de Política Social. [En línea]. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMéxico.pdf> [Consultado el abril de 2019].
3. Telles-Correia D, Saraiva S, Gonçalves J. Mental Disorder-The Need for an Accurate Definition. *Front Psychiatry*. 2018; 9: 64.

4. Merikangas M, Nakamura E, Kessler R. Epidemiology of mental health. *Dialog. Neuroscience*. 2009; 11(1): 7-20.
5. Merikangas M, He Jian-ping, Burtesin M, Swanson S, Avenevoli, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(10): 980-989.
6. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinath S, Ulkuer N, Rahman A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011 Oct 22; 378(9801): 1515-25.
7. González S. La salud mental en México. [En línea]. <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.htm> [Consultado el 27 de junio de 2015].
8. WHO. Mental Health: strengthening our response. [En línea] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [Consultado el 25 de noviembre 2020].
9. Das J, Quy-Toan D, Friedman J, McKenzie D, Scott K. Mental health and poverty in developing countries: Revisiting the relationship. *Soc Sci Med*. 2007; 65(3): 467-480.
10. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Family disruption in childhood and risk of adult depression. *Am J Psychiatry*. 2003; 60(5): 939-46.
11. IBM Corp. Released 2010. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0. Armonk, NY: IBM Corp.
12. Manual de Diagnóstico Estadístico. En su versión más reciente elaborado y publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (Manual de Diagnóstico Estadístico. Versión 5. DSM5. 2013).
13. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor. 1992.
14. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Sistema para la consulta de información censal (SCINCE) Versión 05/2012.
15. Phillips SP. Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come. *International Journal for Equity in Health*. 2005; 4: 11.
16. Zahn-Waxler C, Shirtcliff E, Marceau K. Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Ann Rev Clin Psycho*. 2008; 4: 275-303.
17. Lazcano-Ponce E, Katz G, Allen-Leigh B, Magaña-Valladares L, Rangel-Edave G, Minoletti A, Wahlber A, Salvador-Carulla L. Trastorno del desarrollo intelectual en América Latina: un marco para establecer las prioridades políticas de investigación y atención. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 34(3): 204-209.
18. Boyle CA, Murphy CC. Neurodevelopmental Disabilities. En: Nelson LM, Tanner CM, Van Den Eeden S, McGuire VM. *Neuroepidemiology. From Principles to Practice*. New York: Oxford. 2004.
19. Gillberg C. Developmental and neuropsychiatric disorders in childhood. En: Aicardi J, Bax M, Gillberg C, Oiger H. *Diseases of the Nervous System Childhood*. London: Cambridge University Press. 1998.
20. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD. Corrigendum To Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. (Research in Developmental Disabilities, Volume 32, Issue 2, March–April 2011, Pages 419-436). *Research in Developmental Disabilities*. 2013; 24: 729.
21. Méndez-Díaz M, Romero-Torres B, Cortés Morelos J, Ruiz-Contreras A, Próspero G O. Neurobiología de las adicciones. *Rev Fac Med UNAM*. 2017; 60(1): 6-16.

22. Rutter M, Sroufe LA. Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*. 2000; 12: 265-296.
23. Smith DT, Mouzon DM, Elliot M. Review the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. *Am J Mens Health*. 2018; 12(1): 78-89.
24. Ramos-Lira L. ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Rev Sal Ment*. 2014; 37(4): 275-281.
25. Bonino L. Varones, Género y Salud Mental: Deconstruyendo la "Normalidad" Masculina. En: Carabi A, Segarra M. *Nuevas Masculinidades*. Barcelona: Icaria. 2000.
26. Björkqvist K. Sex differences in physical, verbal, and indirect aggression: A review of recent research. *Sex Roles*. 1994; 30(3): 177-188.
27. Burbank V. Female Aggression in Cross-Cultural Perspective. *Cross-Cultural Research*. 1987; 21(1-4): 70-100.
28. Elliott M. Gender Differences in the Determinants of Distress, Alcohol Misuse, and Related Psychiatric Disorders. *Society and Mental Health*. 2013; 3(2): 96-113.