



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"



Tendencias estatales de la prevalencia de ansiedad en México durante 2000-2019, por edad y sexo: datos del Estudio de la Carga Global de la Enfermedad

Presenta la Tesis para obtener el
Diploma de Especialista en Psiquiatría:

Arianna Denysse Rivera Valverde

Asesor teórico:

Dr. Leonardo Arturo Viguri Sandoval

Asesor Metodológico:

Dr. Claudia Iveth Astudillo García

Ciudad de México, 10 de junio de 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. ANTECEDENTES.....	4
3. MARCO CONCEPTUAL	6
a) Carga Global de la enfermedad.....	6
b) Prevalencia.....	9
c) Ansiedad	10
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	17
6. JUSTIFICACIÓN.....	17
7. OBJETIVOS.....	17
8. HIPÓTESIS.....	18
9. MÉTODO	18
a) Diseño de estudio.....	18
b) Recopilación de datos del Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors:	18
c) Muestra y muestreo.....	21
d) Criterios de selección	21
e) Variables	21
f) Procedimiento:.....	22
g) Plan de análisis	23
h) Consideraciones éticas	23
10. RESULTADOS	24
11. DISCUSIÓN.....	29
12. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	32
13. CONCLUSIONES	33
14. REFERENCIAS:	35
15. ANEXOS.....	37

Tendencias estatales de la prevalencia de ansiedad en México durante 2000-2019, por edad y sexo: datos del Estudio de la Carga Global de la Enfermedad

1. RESUMEN

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: El estudio Global Burden of Diseases (GBD) 2019 mostró al trastorno de ansiedad como uno de los más discapacitantes a nivel mundial; en México, se cuenta con información a nivel estatal, por lo que el objetivo fue estimar el cambio en las tendencias de prevalencia de ansiedad durante 2000-2019, desagregado por edad y sexo.

MÉTODO: análisis secundario de datos del GBD 2000-2019. Para evaluar el cambio en las prevalencias, se realizó análisis de regresión segmentado con el software Joinpoint Regression 4.6.0.0. Se describen el cambio porcentual anual promedio (AAPC por sus siglas en inglés) por estado, desagregado por grupos de edad y sexo.

RESULTADOS: El promedio de la tasa de prevalencia de ansiedad en México durante 2000-2019 fue de 71,150.34 por 100,000 habitantes. La entidad con mayor cambio fue CDMX con un AAPC de 0.43 (IC: 0.38 - 0.50); seguido por Quintana Roo, con un AAPC de 0.33 (IC: 0.30 - 0.38); y, en tercer lugar, Chiapas, con un AAPC de 0.32 (IC: 0.30 - 0.37). Los hombres presentaron un AAPC de 1.28 (IC: 1.25 – 1.41), siendo mayor en comparación con las mujeres, con un AAPC de 0.61, (IC: 0.57 -0.66); ambos en el grupo de 30 – 34 años.

CONCLUSIÓN: La mayor tasa de ansiedad en la CDMX se puede deber a los factores psicosociales en el área urbana; el incremento en hombres, podría ser consecuencia de la disminución del estigma relacionado a padecimientos psiquiátricos y mayor búsqueda de atención; y el aumento en el grupo etario mencionado, puede ser resultado de factores laborales y económicos.

PALABRAS CLAVE: GBD, prevalencia, ansiedad, México, factores de riesgo.

2. ANTECEDENTES

Dentro de este primer apartado, se da una visión general acerca de los Trastornos de ansiedad a nivel global, haciendo énfasis en algunos factores asociados.

Los trastornos mentales se encuentran entre las principales causas de la carga mundial relacionada con la salud. El estudio *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors* (GBD) 2019 mostró que los dos trastornos mentales más discapacitantes eran los trastornos depresivos y de ansiedad, ambos clasificados entre las 25 principales causas de carga en todo el mundo en 2019 (Collaborators G. 2., 2020) (Portillo, Capps, Loya,, Reyes, & J., 2022). Sin embargo, el sistema de salud mental en la mayoría de los países carece de recursos y organización para dar atención a estos trastornos, a pesar de la evidencia que existen herramientas efectivas de prevención e intervención. (Collaborators, 2022)

En relación a la ansiedad, se reporta que una de cada cuatro personas presenta criterios diagnósticos. En cuanto al sexo, se menciona que las mujeres son más vulnerables a dichos trastornos que los hombres. La prevalencia de los trastornos ansiosos disminuye conforme se eleva la categoría socioeconómica. (Boland, Verduin, & Ruiz, 2015).

Dentro de los factores que se han mencionado para presentar algún tipo de trastorno de ansiedad, se encuentra presenciar violencia de cualquier índole, siendo una de ellas, la violencia armada, la cual es claramente traumática y puede conducir inicialmente a una reacción de estrés agudo y luego a un trastorno de estrés postraumático (TEPT). Si bien, en quizás el 85 al 90% de los casos, las secuelas de salud mental de un solo incidente traumático se resuelven, generalmente en un año, rara vez las localidades involucradas reciben un apoyo sustancial de salud mental, más esencialmente, psicoterapia informada sobre las posibles consecuencias.

En su análisis de 1999 de los resultados del trauma, Solomon y Heide informaron que más allá del TEPT “normal”, el trauma crónico produce “autoestima/concepto de sí mismo deficiente”, “desconfianza interpersonal”, “sentimientos de vergüenza” y “dependencia”. (Garbarino, 2022)

En cuanto a otros factores que pueden estar asociados a síntomas de ansiedad, se encuentra la incertidumbre sobre la situación económica y de salud en general, lo que aumenta el malestar psicológico y desencadenan síntomas psicopatológicos, ansiedad y depresión. Investigaciones anteriores sugieren que el aislamiento social aumenta la vigilancia ante amenazas, aumenta los sentimientos de vulnerabilidad, disminuye la capacidad de reconocimiento de emociones y causa problemas graves de salud mental. Tener hijos se ha asociado con malos resultados de salud mental después de un desastre, probablemente debido a un mayor estrés y responsabilidad (Langhammer, Peters, Ertle, Hilbert, & Lueken, 2022).

Por otro lado, avances empíricos recientes apuntan a la gran probabilidad de que los trastornos de ansiedad aumenten el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares; sin embargo, sigue siendo difícil encontrar una relación causal. Del mismo modo, los trastornos de ansiedad confieren un riesgo pronóstico de eventos coronarios adversos importantes posteriores (infarto de miocardio, insuficiencia ventricular izquierda, procedimiento de revascularización coronaria y accidente cerebrovascular) (Tully, Harrison, Cheung, & Cosh, 2016).

Si bien hay evidencia que sugiere que más personas buscan tratamiento para enfermedades mentales hoy que en años anteriores, sigue existiendo una brecha entre las personas que necesitan tratamiento y quienes finalmente lo buscan. Una barrera clave para la búsqueda de tratamiento es el estigma que rodea a la salud mental, a nivel individual y social. En un nivel social más amplio, las percepciones públicas de la salud mental podrían dar forma a los esfuerzos políticos en torno a la enfermedad mental (Vargas, J., Lam, Kim, & Mittal, 2021).

Son muchos los países que evalúan y analizan los datos sobre diversas enfermedades (incluidas las mentales) dentro de su país, por estado o localidad, sin embargo, en México es necesario un mayor uso de los recursos de información disponibles que ayude a resumir el panorama de las enfermedades mentales en nuestro país y con base en ello, implementar acciones de prevención, atención y acceso a tratamiento en relación a salud mental.

3. MARCO CONCEPTUAL

a) Carga Global de la enfermedad

El estudio de la carga global de la enfermedad (GBD por sus siglas en inglés) constituye un aporte científico sistemático diseñado para cuantificar la magnitud de las principales enfermedades, factores de riesgo y resultados clínicos intermedios de una manera estandarizada, para permitir comparaciones a lo largo del tiempo, entre poblaciones y entre problemas de salud. Inició en 1991 y condujo a la publicación de los primeros resultados en 1993, que documentaron para ocho regiones la carga de enfermedad para 106 condiciones y diez factores de riesgo, divididos en cinco grupos de edad para el año 1990.

Actualmente, proporciona estimaciones por cada año, para 371 enfermedades y lesiones, así como 3,499 resultados clínicos (secuelas) relacionados con esas enfermedades y lesiones, para 204 países y territorios, y para unidades subnacionales en más de 20 países. Desde la serialización en 2010, han aparecido 1,842 publicaciones sobre la GBD en la literatura científica.

Sus objetivos iniciales fueron los siguientes:

1. Desarrollar estimaciones consistentes de mortalidad por 107 causas desagregadas por edad, sexo, para todo el mundo y para 8 regiones.

2. Desarrollar estimaciones consistentes de incidencia, prevalencia, duración y letalidad de 483 secuelas discapacitantes originadas por dichas causas, desagregadas por edad, sexo y región.
3. Estimar el riesgo atribuible de la mortalidad y morbilidad originada por los diez principales factores de riesgo, desagregados por edad, sexo y región geográfica.
4. Desarrollar proyecciones de escenarios de mortalidad y discapacidad desagregados por edad, sexo y región, para el año 2020.

El GBD se comprometió con los principios de las mejores estimaciones, la contabilidad integral, la medición comparable, las medidas resumidas de los resultados de salud fatales y no fatales y la evaluación cuidadosa y repetida de la validez aparente de los hallazgos.

Principios básicos:

- **Las mejores estimaciones:** Este compromiso con las mejores estimaciones ha catalizado una búsqueda continua de mejores datos globales (se valoran el volumen, la veracidad, la variedad y la puntualidad), así como esfuerzos continuos por mejores métodos de estimación estadística para lidiar con los datos faltantes y los datos contradictorios que inevitablemente quedan.
- **Contabilidad integral:** se aplica a todas las enfermedades, lesiones y riesgos. La información comparable sobre la magnitud de los diferentes problemas de salud proporciona un marco objetivo para ayudar a establecer las prioridades de salud y, lo que es más importante, también puede proporcionar información importante sobre qué temas pueden no ser prioritarios. En la década de 1990, el hallazgo de que la carga de los trastornos de salud mental era sustancial en relación con las enfermedades

infecciosas, las enfermedades cardíacas y el cáncer, llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a muchos países a dedicar más atención política a estos problemas desatendidos.

- **Comparabilidad de la medición:** La contabilidad integral requiere un enfoque en la comparabilidad de la medición; y esta a su vez, requiere que las unidades de medida signifiquen lo mismo para un resultado en cualquier momento y en cualquier lugar. Por tal motivo, cada publicación del GBD vuelve a calcular la serie histórica completa de una enfermedad, lesión o factor de riesgo para que los cambios en las definiciones de casos, los conjuntos de datos históricos y los métodos no conduzcan a comparaciones falsas con evaluaciones pasadas.
- **Morbilidad y discapacidad:** Además de cuantificar la incidencia y la prevalencia de las principales secuelas clínicas de cada enfermedad y lesión, las medidas resumidas de salud fatal y no fatal han sido una parte integral desde 1991. Se propusieron e implementaron dos medidas resumidas clave: años de vida y esperanza de vida saludable.
- **Validez aparente.** Cuando los datos y el análisis arrojan resultados que tienen poco sentido en comparación con el conocimiento de expertos locales o globales, a menudo hay sesgos no reconocidos en el trabajo. En este punto, al tener tantos participantes activos en el estudio pueden ayudar a verificar la 'verdad básica' de los resultados.

Pero, igual de importante, siempre se está tratando de triangular los resultados y buscar anomalías en la relación entre diferentes cantidades de interés. La consistencia interna es otra dimensión importante de la validez aparente: por ejemplo, requerimos que las estimaciones de la mortalidad por causas específicas se sumen a las estimaciones de la mortalidad por todas las causas (Collaborators G. 2., 2020).

El Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud, el centro coordinador del GBD, alberga un catálogo de datos en línea para todas las fuentes de datos utilizadas en el GBD, alienta el continuo intercambio de datos con miras a aumentar la transparencia y la reproducibilidad, compartiendo 113,297 fuentes de datos.

Existen dos factores positivos que han llevado a un éxito considerable en la negociación del acceso a los datos. Primero, miles de colaboradores que son autores de publicaciones científicas de GBD han creado un fuerte sentido de inclusión y copropiedad de los resultados. Se estima que más de 10.000 autores han contribuido a lo largo de los 30 años del GBD. En segundo lugar, muchos gobiernos han compartido datos porque han apreciado la longevidad del GBD y buscan evaluaciones futuras del GBD más precisas (Murray, 2022).

b) Prevalencia

Se refiere al número de personas con una determinada enfermedad en un momento dado dividido por la población en riesgo en ese momento. La prevalencia se ha definido además como "punto" o "período (Bonis, 2022).

Representa la medida de frecuencia de la enfermedad que se calcula en los estudios transversales o de prevalencia. Expresa la probabilidad de que un individuo en una población tenga el fenómeno de interés en el tiempo.

Existen dos tipos de prevalencias:

- ***Prevalencia puntual***: Esta prevalencia es la más común y, se determina en el momento del muestreo para cada individuo, aunque no necesariamente en el mismo momento para todos los individuos de la población definida. Por ejemplo, la prevalencia puntual del cáncer de colon en 2022 se informaría como el número de personas que viven con cáncer de colon por cada 100,000 personas (Fuentes & Del Prado, 2013).

Prevalencia de punto = n° de casos presentes de enfermedad / total de la población estudiada

- **Prevalencia de periodo.** La prevalencia de periodo se define como la frecuencia de una enfermedad en un periodo de tiempo. Es una proporción que expresa la probabilidad que un individuo sea un caso en cualquier momento dentro de un determinado periodo de tiempo.

El numerador serán los casos que desarrollaron la enfermedad antes y durante el periodo de estudio y el denominador es la población durante todo el periodo de estudio. El principal problema que plantea el cálculo de este índice es que la población total puede cambiar durante el período. Normalmente la población que se toma como denominador corresponde al punto medio del período considerado (Fajardo, 2017).

Prevalencia de periodo = n° de casos nuevos + n° de casos presentes de enfermedad / total de la población estudiada

c) Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada, y la recurrencia inmotivada; generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona.

Dentro de los síntomas se mencionan:

- Cognitivos:
 - Desorganización del pensamiento: rumiación, balbuceo
 - Catástrofe, miedo a morir
 - Incremento en alerta y atención

- Físicos:
 - Autonómicos (20% síncope)
 - Cefalea
 - Sudoración
 - Palpitaciones
 - Opresión en el pecho
 - Abdominales
 - Motores: inquietud, dificultad para permanecer quieto
- Nervios “Miedo”: Se observa en ataque de pánico (Boland, Verduin, & Ruiz, 2015).

La estimación de la prevalencia a lo largo de la vida oscila entre el 4.8 % en China y el 31 % en los Estados Unidos. Se ha estimado que la prevalencia global de 12 meses para los trastornos de ansiedad es aproximadamente 14%. Las tasas de prevalencia de 12 meses específicas de cada país varían, desde el 2.4 % en Italia hasta el 29.8 % en México. Más de la mitad de los pacientes con un trastorno de ansiedad tienen múltiples trastornos de ansiedad (Boland, Verduin, & Ruiz, 2015).

- **Edad de inicio:** De acuerdo con datos retrospectivos y prospectivos la mayoría de los trastornos de ansiedad comienzan temprano en la vida, y la prevalencia de 12 meses en la niñez y la adolescencia es similar a la de los adultos. No obstante, para algunos trastornos de ansiedad, la ansiedad puede surgir en la edad adulta y en una etapa avanzada de la vida (por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada).
- **Trastornos de ansiedad específicos de la cultura:** Se han identificado algunas formas de ansiedad ligadas a la cultura, pero determinar hasta qué punto se trata de categorías únicas o variaciones culturales de una patología

común es un desafío. Por ejemplo, los ataques de nervios, un síndrome similar a un ataque de pánico inducido por el estrés descrito en las culturas puertorriqueña y dominicana.

- **Vulnerabilidad y factores de riesgo asociados:** Algunos de estos factores transmiten el riesgo de desarrollar cualquier trastorno de ansiedad, pero otros solo transmiten el riesgo de ciertos trastornos. Dentro de esta categoría se encuentran los factores de riesgo para todos los trastornos de ansiedad que incluyen el sexo femenino y antecedentes familiares de ansiedad o trastornos depresivos.

Los hijos de personas que tienen al menos un trastorno de ansiedad tienen un riesgo dos o cuatro veces mayor de sufrir trastornos de ansiedad, que también se desarrollan significativamente antes en la vida que los hijos de personas sin ansiedad. Además, tener padres con ansiedad y depresión amplifica este riesgo, particularmente para el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada.

El riesgo familiar de trastornos de ansiedad refleja parcialmente un componente hereditario; sin embargo, aún no se han determinado los loci de riesgo genético replicables y específicos. Además, los factores estresantes episódicos de la vida (como la tensión financiera, la enfermedad familiar y el divorcio) en los adultos jóvenes pueden predecir los síntomas y diagnósticos de ansiedad subsiguientes. Los datos existentes no han comparado el papel del estrés en diferentes trastornos de ansiedad.

El tabaquismo y el abuso del alcohol también son factores de riesgo en el sentido de que se asocian epidemiológicamente; sin embargo, las asociaciones son bidireccionales y la causalidad no está probada. (Fajardo, 2017).

- **Principales características diagnósticas:**

A continuación, se resumen los principales criterios de diagnóstico para algunos de los trastornos de ansiedad según los dos sistemas de clasificación más comunes, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) y la Clasificación internacional de enfermedades, décima edición (CIE-10).

- **Fobia específica:**

- Marcado miedo, ansiedad o evitación de objetos o situaciones circunscritos
- El miedo es desproporcionado con respecto a la amenaza real planteada
- El individuo reconoce que los síntomas son excesivos o irrazonables
- Por lo general, persiste durante al menos 6 meses

Los subtipos incluyen animal, entorno natural (por ejemplo, alturas o tormentas), sangre, inyección, lesión (por ejemplo, agujas), situacional (por ejemplo, aviones) u otras fobias.

- **Agorafobia:**

- Miedo marcado, ansiedad o evitación de situaciones como transporte público, espacios abiertos, lugares cerrados, filas o multitudes, o estar solo fuera del hogar
- Miedo a que escapar sea difícil o que no haya ayuda disponible en caso de síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos
- El miedo es desproporcionado con respecto a la amenaza real planteada
- El individuo reconoce que los síntomas son excesivos o irrazonables
- Por lo general, persiste durante al menos 6 meses

- **Ansiedad generalizada:**

- Ansiedad y preocupación, la mayoría de los días, sobre varios dominios, como el desempeño laboral y escolar, que son difíciles de controlar
- Síntomas físicos de tensión, como inquietud, nerviosismo o nerviosismo, cansancio fácil, dificultad para concentrarse, tensión muscular y trastornos del sueño
- Síntomas de excitación autonómica (como hiperventilación y taquicardia)
- Por lo general, persiste durante al menos 6 meses

- **Trastorno de pánico:**

- Ataques de pánico inesperados recurrentes (por ejemplo, que ocurren sin una señal aparente)
- Inquietud o preocupación por tener más ataques de pánico o cambios de comportamiento desadaptativos
- Persiste durante al menos 1 mes (Craske, Stein, Eley, & al., 2017)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en México al menos 14.3% de los ciudadanos padece trastornos de ansiedad generalizada, enfermedad de salud mental más común en el país, seguida de depresión y consumo de sustancias, ambas en un porcentaje de 9% (Saria, y otros, 2017).

De acuerdo con la carga de la enfermedad en México (1990-2010), se reporta que en jóvenes de 15-24 años, combina de una manera muy similar el patrón de los adolescentes con el de los adultos jóvenes, aunque la distinción entre hombres y mujeres presenta condiciones muy sutiles pero importantes.

El caso de las mujeres en su etapa reproductiva (15 a 49 años) es un momento singularmente importante en el espectro de problemas de salud en general. La depresión sigue despuntando como la causa de discapacidad más relevante (10%) que junto con otros problemas de salud mental (ansiedad, distimia, uso de drogas, trastorno bipolar y de la conducta alimenticia) (Lozano, y otros, 2014).

Es un problema de salud en la actualidad, ya que es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria. La mayoría de las veces se presenta con síntomas muy inespecíficos, que se pueden enmascarar somáticamente y en casi la mitad de los casos no es diagnosticado correctamente.

La ansiedad es una patología frecuente en la población en general, y una carga económica y social, en la cual se ve afectado en la población en su misma persona y en los integrantes de la familia.

Trascendencia: dado los factores ambientales y sociales de cada comunidad y su incremento en el impacto en la calidad de vida de las personas, no resultaría extraño que aumentaran los casos de alteraciones en la salud mental y en este caso de los trastornos de ansiedad, lo cuales, si no se abordan oportunamente pueden condicionar consecuencias importantes en el estilo de vida y funcionalidad de cada individuo y a su vez, de su entorno.

Es posible que los individuos que lo padecen no le tomen la importancia debida, es aquí donde intervienen los médicos de primer nivel, teniendo dentro de sus actividades educar a la población en cuanto a la salud mental. Aparentemente suena accesible; sin embargo, no se cuenta con el sufriente personal, ya que la mayoría se concentra en las zonas urbanas de las grandes ciudades y aunado a lo anterior no se tienen datos específicos que orienten sobre las zonas que necesitan mayor atención.

Magnitud, frecuencia y distribución: De los trastornos de ansiedad el 50% se presentan antes de los 25 años. La prevalencia estimada de los trastornos de ansiedad en las personas adultas mayores va de 3.2% hasta 14.2%.

En la encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica de 2003 en México queda demostrado que, dentro de los trastornos, el trastorno de Ansiedad es el más frecuente con un 14.3% de prevalencia, con un predominio mayor en el sexo femenino (Craske, Stein, Eley, & al., 2017).

En la actualidad se ve marcada una prevalencia en las mujeres en edad reproductiva en presentar un nivel más alto de ansiedad, llegando hasta un 24% en general, a nivel nacional (Toledano & Moral de la Rubia, 2018).

Sin embargo, no solo ser mujer es un factor de vulnerabilidad para presentar dichos trastornos, en la actualidad y con la calidad de vida que se ha visto modificada por estresores familiares, laborales, escolares y de la comunidad, los hombres pueden verse afectados tanto por síntomas ansiosos como por depresivos. La cuestión es que se estima una minoría debido a que no buscan atención oportuna, lo cual puede estar influenciado por la mala información acerca de la atención psiquiátrica y psicológica.

Los factores sociales pueden tener un papel fundamental en el inicio de ansiedad, sin embargo, no se cuentan con estudios enfocados a describirlos de acuerdo con la entidad federativa, cabe mencionar que, en nuestro país, uno de los factores que podría estar involucrado es la exposición a violencia relacionado al tráfico ilegal de drogas. El impacto de este mercado en la aparición y magnitud de la violencia varía enormemente dependiendo de muchos factores, incluidos los antecedentes socioeconómicos y culturales de los países y las regiones afectadas por ella (Puyaña, y otros, 2017). El sufrimiento, causado por todo el espectro de “drogas ilegales”, es tremendamente diverso y afecta a todos los niveles socioeconómicos, y exige la implementación de una amplia gama de intervenciones, no simplemente una penalización penal. Gran parte del tráfico de las mismas se lleva a cabo en la región norte de México, por lo que la mayor parte de la población se encuentra bajo estrés constante relacionado a la supervivencia; a su vez, el estrés crónico influye en la aparición de comorbilidades metabólicas que complica la evolución de los padecimientos afectivos.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el cambio en la prevalencia de los trastornos de ansiedad en México entre 2000 - 2019 por entidad federativa, por edad y por sexo, de acuerdo al estudio *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors (GBD)*?

6. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfoca en describir la prevalencia de ansiedad de acuerdo con la entidad federativa en México, ya que se conocen datos generales, sin dar mayor descripción: Por lo que es de suma importancia tomar el tiempo para llevar a cabo esta descripción, ya que, con la información obtenida, se podrían cambiar las estrategias del abordaje de la salud mental, dirigiéndola a las entidades con mayor porcentaje de casos.

Si bien, lo descrito en los párrafos anteriores no es nuevo, se debe de reconocer que no se conocen datos actuales de nuestra población, ya que la mayor parte de la información proviene de otras regiones del mundo, y la última encuesta a nivel nacional se realizó hace más de 20 años; y, de acuerdo al análisis del comportamiento a lo largo del tiempo se considera el trastorno psiquiátrico más frecuente, y dado que el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” atiende a gran cantidad de pacientes del territorio mexicano, que predominantemente llegan a nosotros con complicaciones que bien se pudieron evitar con un diagnóstico y tratamiento oportuno; se pueden implementar medidas que consideren mayor abordaje en entidades con mayor prevalencia, por ejemplo, recursos humanos, que se encarguen no solo de dar atención, sino de brindar información a aquellos médicos que no se encuentren familiarizados con la patología con la finalidad de otorgar una manejo integral del paciente desde el primer nivel de atención.

7. OBJETIVOS

- Objetivo General.
 - Estimar el cambio en las tendencias de la prevalencia de ansiedad en México durante 2000-2019 por entidad federativa, por edad y por sexo.

- Objetivos Específicos.
 - Identificar las prevalencias de ansiedad estatales entre 2000-2019.
 - Evaluar el cambio en las tendencias estatales de ansiedad durante 2000-2019.
 - Identificar las prevalencias de ansiedad de hombres y mujeres entre 2000-2019.
 - Evaluar el cambio en las tendencias de ansiedad durante 2000-2019 por sexo.
 - Comparar las tendencias de ansiedad de acuerdo a grupos de edad.

8. HIPÓTESIS

La prevalencia de ansiedad ha aumentado en los últimos 5 años en México.

9. MÉTODO

a) Diseño de estudio

Análisis secundario de datos de tipo transversal. Este trabajo tiene un enfoque de carácter cuantitativo basado en un análisis secundario de datos, en el cual se recopilará información del estudio *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors* (GBD) del 2000-2019. Los datos a analizar son la prevalencia de la ansiedad por entidad federativa, por sexo y por edad.

El enfoque es objetual, ya que la toma de información fue llevada a cabo por terceros de los cuales no tenemos información alguna. En este contexto, se conocerán los datos veraces de lo propuesto en la pregunta de investigación.

b) Recopilación de datos del Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors:

La GBD utiliza tanto datos primarios como secundarios, para finalidades de este trabajo, se dará enfoque a la obtención de estos últimos, de acuerdo a los siguiente:

- Datos secundarios

1. **Recopilación de datos:** Organizaciones públicas y privadas de todo el mundo recopilan datos mediante encuestas, censos y otros métodos.
2. **Publicación de datos:** Las organizaciones publican los datos y comparten detalles sobre la metodología. Dependiendo de la naturaleza de los datos, pueden estar disponibles o pueden requerir un permiso especial para acceder.
3. **Descubrimiento de datos:** Se realizan búsquedas en Internet, se revisan sitios web gubernamentales y de agencias internacionales, con monitorización de fuentes de datos conocidas y se consulta con socios internacionales para descubrir nuevos conjuntos de datos cuando se publican.
4. **Adquisición de datos:** Si un conjunto de datos recién descubierto está disponible públicamente, se descarga directamente de la fuente. De lo contrario, se solicita acceso a los datos, lo que puede implicar la celebración de un acuerdo de uso de datos con el recolector.
5. **Catalogación de datos:** Se crea un registro en GHDx, nuestro catálogo de datos, para documentar cada conjunto de datos que se adquiere y toda la información sobre él, como la ubicación, el período de tiempo, la organización de recopilación y más.
6. **Extracción y transformación de datos:** Los investigadores extraen datos y los ejecutan a través de herramientas de modelado, convirtiéndolos de puntos de datos individuales en estimaciones regionales.
7. **Publicación de estimaciones:** A través de proyectos de investigación como la GBD, se publican estimaciones junto con publicaciones revisadas por pares. (Collaborators G. 2., 2020)

- Fuentes de datos

Se utilizan datos de entrada de más de 200 países y territorios, recopilados de hospitales, gobiernos y otras organizaciones asociadas.

Todos los conjuntos de datos están catalogados en GHDx y se dividen en varias categorías, que incluyen, entre otras:

- **Datos administrativos:** Datos de los registros mantenidos por agencias, instituciones, entidades comerciales y gobiernos (datos de hospitales y otros centros de salud, datos de reclamaciones, datos de lesiones ocupacionales y datos policiales).
- **Datos censales:** De un recuento completo de una población o entidad específica; esto puede incluir información sobre comportamiento, opiniones o características basadas en respuestas a preguntas.
- **Vigilancia demográfica:** Datos de un sistema para monitorear eventos vitales y migración en una población específica a lo largo del tiempo (generalmente subnacional).
- **Registro de enfermedades:** Mediciones en hogares seleccionados, como altura, peso, mediciones de anemia y anticuerpos de vacunas.
- **Monitoreo ambiental:** Datos provenientes de sistemas de medición que capturan información sobre el clima y el medio ambiente.
- **Encuesta:** Datos sobre comportamiento, opiniones o características basadas en respuestas a preguntas de una muestra de una población o entidad específica.
- **Registro vital:** Datos de un sistema que registra eventos vitales en una población, incluidos nacimientos, mortinatos, defunciones, matrimonios y divorcios: un tipo específico de datos administrativos de hospitales y otros establecimientos de salud.

Para México, durante el periodo de 2000–2019, se contó con 959 fuentes de datos, entre las cuales, se encuentran: Encuesta Mundial México, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), Banco de Información INEGI de México, Iniciativa México Salud Mesoamérica Segunda Encuesta de Hogares de Seguimiento, Estimaciones de población de México, Encuesta Intercensal México, Anuario Estadístico de Salud de México, Datos del evento (noticias nacionales), etc. (Collaborators G. 2., 2020).

c) Muestra y muestreo

Se considerará como población del estudio a todo habitante de México con ansiedad, sin especificación en el tipo de Trastorno de ansiedad, la cual deberá encontrarse entre los 18 y 59 años, siendo obtenida la información del estudio *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors (GBD) 2019*, dentro del periodo del 2000 al 2019.

d) Criterios de selección

Datos de prevalencia de ansiedad por entidad federativa, edad y sexo, de los periodos comprendidos entre 2000-2019.

e) Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
Dependiente			
Ansiedad	Estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.	Habitantes con Trastorno de Ansiedad	Cualitativa, nominal
Independientes:			
Sexo	Características anatómicas biológicas y fisiológicas que definen entre hombre y mujer.	Hombre Mujer	Cualitativa, nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
Entidad federativa	Unidad delimitada territorialmente que en unión de otras entidades conforman a una nación.	Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, y Zacatecas	Cualitativa, nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	20 a 59 años	Cuantitativa, nominal
Grupo de edad	Grupo de personas que comparten edad o momento vital, y que resultan de interés estadístico.	20 – 24 años 25 – 29 años 30 – 34 años 35 – 39 años 40 – 44 años 45 – 49 años 50 – 54 años 55 – 59 años	Cualitativa, nominal

f) Procedimiento:

Se realizó un análisis secundario de la base de datos del *Global Burden Disease* del periodo comprendido entre 2000-2019 de México y de las 32 entidades federativas.

El trastorno de ansiedad fue definido con los criterios clínicos del DSM–5 y CIE–10. Con los datos obtenidos de la herramienta GBD para describir los resultados de salud por estado, edad, sexo y año; se realizó una base de datos en Excel, donde se vació la tasa de prevalencia por entidad federativa de habitantes con Trastorno de ansiedad, registrados en hombres y mujeres entre 18 y 59 años. A partir de los datos recabados, se elaboró un mapa nacional que muestra la distribución por estado, durante el periodo 2000–2019.

Posteriormente, se realizaron 32 tablas de Excel, de acuerdo a la entidad federativa y año, con las constantes de edad estandarizada, y en ambos sexos. Así mismo, se realizaron 16 tablas de Excel para la organización de la tasa de prevalencia en 8 grupos de edad, divididas por sexo.

g) Plan de análisis

Se construyeron tablas dinámicas en Excel para describir las prevalencias de ansiedad por entidad federativa y sexo durante el periodo 2000-2019, las cuales son mostradas en tablas y gráficas.

Para evaluar el cambio de la prevalencia de ansiedad durante 2000-2019, se realizó un análisis de regresión segmentado (regression-point) basado en un modelo log-lineal; este método describe los cambios en las tendencias de las tasas en segmentos sucesivos a lo largo del tiempo y la cantidad de cambio en cada uno de ellos. La línea resultante entre cada punto de corte se describe mediante el cambio porcentual anual (AAPC por sus siglas en inglés), basado en la pendiente de la línea en esa sección y el AAPC medio. Estos modelos comienzan con el número mínimo de nodos en la tendencia (línea recta) y prueban si la pendiente de la tendencia en cada segmento es estadísticamente diferente de una anterior. Se utilizó un nivel de significancia estadística si $p < 0.05$. Este análisis se realizó utilizando el software Joinpoint Regression 4.6.0.0.

h) Consideraciones éticas

Dado la naturaleza de la investigación, no se presentó riesgo ya que es un estudio descriptivo sin interferir en la evolución natural del objeto de estudio. En cuanto a consideraciones éticas, todos los datos obtenidos son completamente anónimos por lo que la privacidad de los participantes queda asegurada. Pues dado que se utilizarán datos secundarios, se garantizó la confidencialidad de los sujetos de estudio por lo que no existen conflictos éticos. Las bases de datos utilizadas en este estudio son accesibles al público desde el sitio web: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud, la presente investigación se califica como sin riesgo de acuerdo al artículo 17 donde se señala:

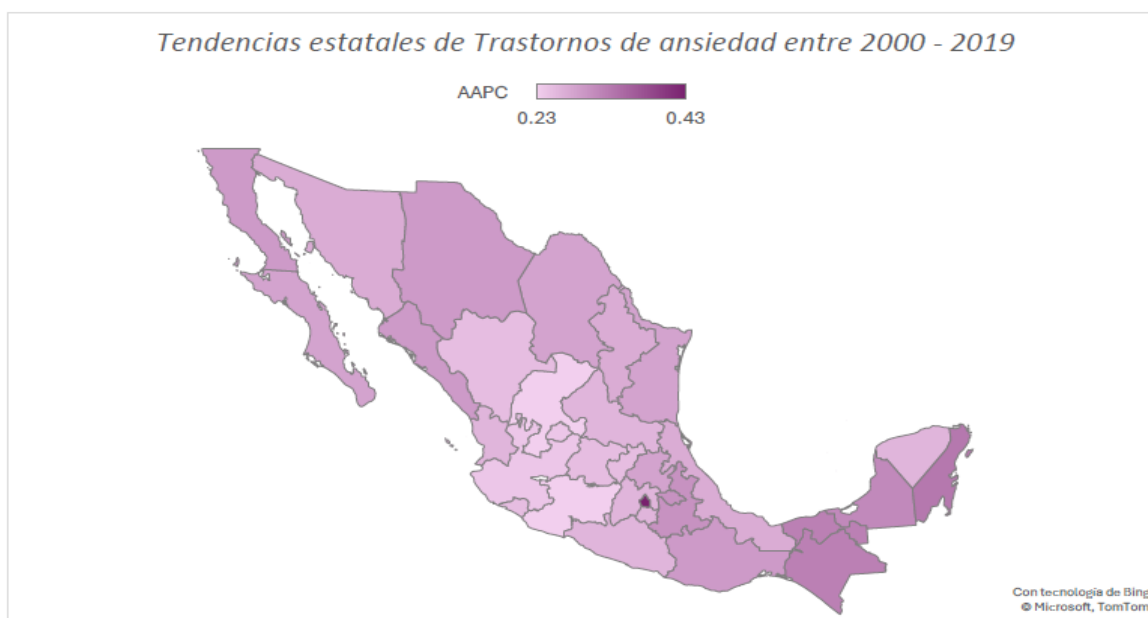
I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

10. RESULTADOS

- Prevalencia nacional y estatal:

De acuerdo a la Carga Global de la Enfermedad (GBD) con datos comprendidos entre 2000 – 2019, a nivel nacional, México registró una tasa de prevalencia de 71,150.34 por 100,000 habitantes, de personas con algún Trastorno de ansiedad, para ambos sexos con edad estandarizada. (Figura 1)

Figura 1. Tendencias de Trastornos de ansiedad en México entre 2000 - 2019



En cuanto a entidad federativa, y como resultado del análisis de regresión segmentada, las 32 entidades presentaron cambios significativos ($p < 0.05$), en tres periodos de tiempo: 2004, 2010 y 2015 (En la Figura 2 se presenta un ejemplo con los datos del estado de Aguascalientes); con excepción de Ciudad de México (CDMX), con sólo dos cambios, estadísticamente significativos: 2004 y 2007. (Figura 3)

Figura 2. Tendencias de Trastornos de ansiedad en Aguascalientes entre 2000 - 2019

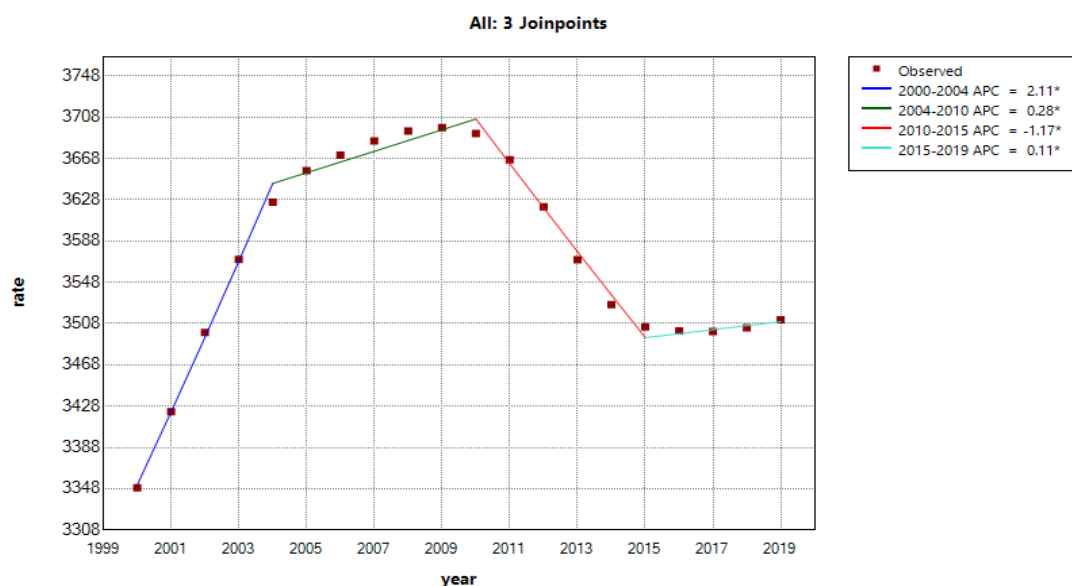
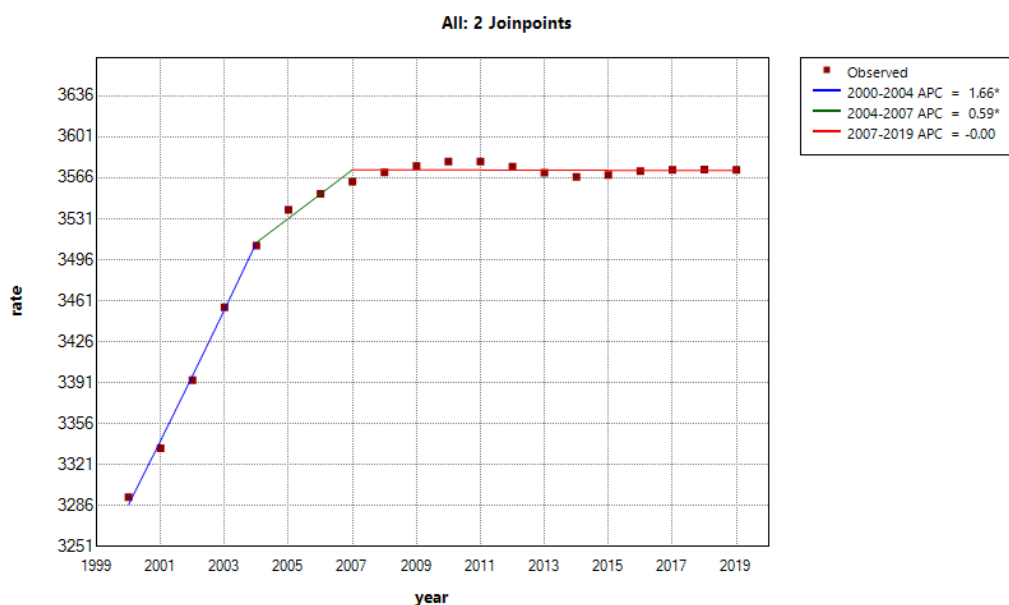


Figura 3. Tendencias de Trastornos de ansiedad en CDMX entre 2000 - 2019



- Cambio porcentual anual promedio:

Tomando en cuenta el cambio porcentual anual promedio (AAPC por sus siglas en inglés), a nivel nacional, se observó un cambio significativo, con 0.29 (IC: 0.26 – 0.32); la CDMX mostró un AAPC de 0.43 (IC: 0.38 - 0.50); siendo la entidad con mayor cambio, seguido por entidades del sur de país: Quintana Roo, en segundo lugar, con un AAPC de 0.33 (IC: 0.30 – 0.38); y, en tercer lugar, Chiapas, con un AAPC de 0.32 (IC: 0.30 - 0.37), quedando en últimos lugares, estados como: Jalisco, con un AAPC de 0.24 (IC: 0.21 – 0.29); Michoacán, con un AAPC de 0.23 (IC: 0.20 – 0.27) y por último, Zacatecas, con un AAPC de 0.23 (IC: 0.20 – 0.28). (Cuadro 1)

*Cuadro 1. Prevalencia de Trastornos de ansiedad a nivel nacional y por entidad federativa**

	AAPC	IC
México (nivel nacional)	0.29	0.26 - 0.32
Entidades federativas		
CDMX	0.43	0.38 - 0.50
Quintana Roo	0.33	0.30 - 0.38
Chiapas	0.32	0.30 - 0.37
Tabasco	0.32	0.29 - 0.36
Campeche	0.31	0.29 - 0.35
Puebla	0.3	0.27 - 0.33
Tlaxcala	0.3	0.26 - 0.34
Baja California Norte	0.29	0.24 - 0.32
Chihuahua	0.29	0.27 - 0.32
Oaxaca	0.29	0.27 - 0.32
Sinaloa	0.29	0.27 - 0.33
Baja California Sur	0.28	0.24 - 0.33
Coahuila	0.28	0.26 - 0.31
Hidalgo	0.28	0.24 - 0.32
Tamaulipas	0.28	0.24 - 0.32
Nuevo León	0.27	0.23 - 0.31
Sonora	0.27	0.23 - 0.31
Veracruz	0.27	0.23 - 0.31
Estado de México	0.26	0.23 - 0.30
Guerrero	0.26	0.23 - 0.30
Morelos	0.26	0.23 - 0.30

	AAPC	IC
Nayarit	0.26	0.23 - 0.30
San Luis Potosí	0.26	0.23 - 0.30
Yucatán	0.26	0.23 - 0.30
Colima	0.25	0.22 - 0.30
Durango	0.25	0.21 - 0.30
Guanajuato	0.25	0.21 - 0.30
Querétaro	0.25	0.22 - 0.30
Aguascalientes	0.24	0.20 - 0.28
Jalisco	0.24	0.21 - 0.29
Michoacán	0.23	0.20 - 0.27
Zacatecas	0.23	0.20 - 0.28

*Todos los resultados tuvieron un valor $p < 0.05$

- Cambios por sexo:

Al analizar las tendencias de cambio entre hombres y mujeres sexos, se evidenció que los hombres presentaron un cambio porcentual anual promedio estadísticamente significativo, con un AAPC de 1.28 (IC: 1.25 – 1.41) en el grupo de 30 – 34 años, en dos periodos de tiempo: 2004 y 2009. (Figura 4)

Dicha cifra, es mayor en comparación con las mujeres en el mismo rango de edad, con un AAPC de (0.61, IC: 0.57 -0.66), en tres periodos: 2004, 2010 y 2015. (Figura 5)

Figura 4. Tendencias de Trastornos de ansiedad en hombres entre 30 – 34 años

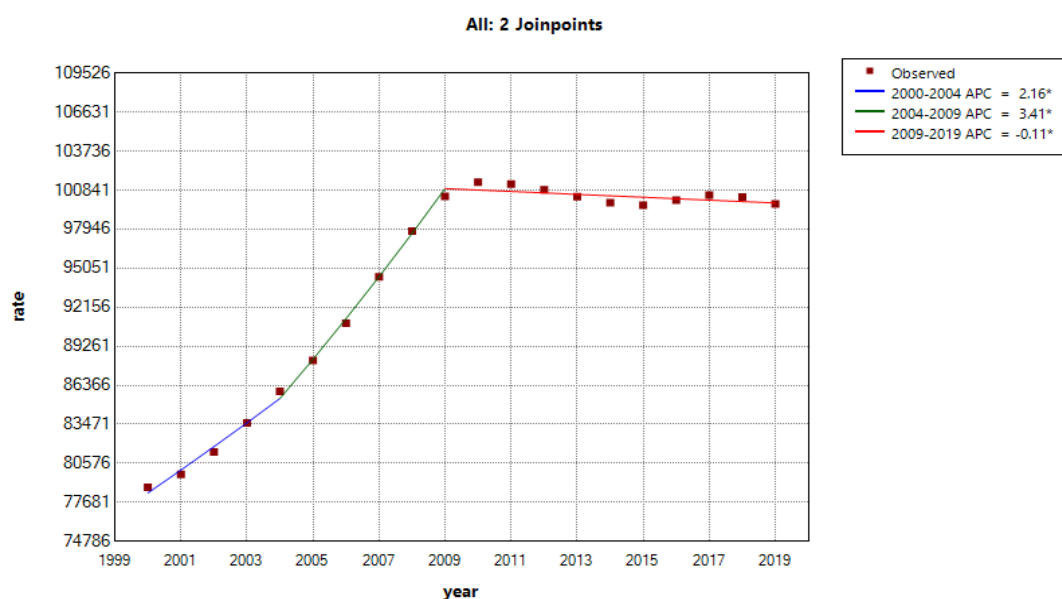
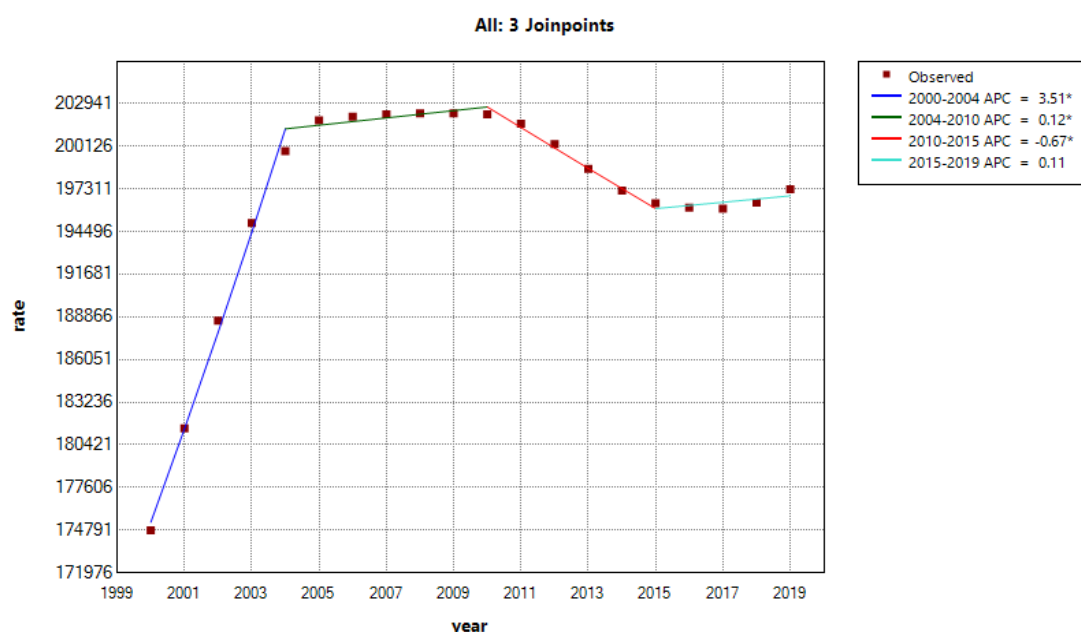


Figura 5. Tendencias de Trastornos de ansiedad en mujeres entre 30 – 34 años



- Cambios por grupos de edad:

Las tendencias de cambio en grupos de edad, como resultado del análisis de regresión segmentada, evidenció que, en ambos sexos, el grupo de edad con mayor cambio porcentual anual promedio fue entre el grupo de edad de 30 – 34 años; sin embargo, en el segundo puesto, presentó disparidad, pues, en hombres, se reportó el grupo de 35 – 39 años, con un AAPC de 1.28 (IC: 1.18 / 1.40); siendo el penúltimo lugar, el grupo de 20 – 24 años, con un AAPC de 0.66 (IC: 0.52 – 0.81); y en el último puesto, el grupo de 55 – 59 años, con un AAPC de 0.37 (IC: 0.24 – 0.50).

Mientras que, en mujeres, en segundo lugar, se encontró el grupo de 25 -29 años, con un AAPC de 0.57 (IC: 0.51 – 0.62); y, en tercer lugar, el grupo de 35 -39 años, con un AAPC de 0.55 (IC: 0.52 – 0.59). En penúltimo lugar, las mujeres entre los 50 – 54 años, con un AAPC de 0.29 (IC: 0.23 – 0.36) y al igual que los hombres, el último grupo es el de 55 – 59 años, con un AAPC de 0.21 (IC: 0.20 – 0.22). (Cuadro 2).

*Cuadro 2. Prevalencia de Trastornos de ansiedad por grupos de edad y sexo **

Sexo	Grupos de edad	AAPC	IC
Hombres	20 – 24 años	0.66	0.52 -0.81
	25 - 29 años	1.16	0.94 - 1.37
	30 – 34 años	1.28	1.25 - 1.41
	35 – 39 años	1.28	1.18 - 1.40
	40 – 44 años	1.22	1.08 - 1.39
	45 – 49 años	0.97	0.84 - 1.10
	50 – 54 años	0.68	0.58 - 0.80
	55 – 59 años	0.37	0.24 -0.50
Mujeres	20 – 24 años	0.31	0.26 - 0.38
	25 -29 años	0.57	0.51 - 0.62
	30 – 34 años	0.61	0.57 - 0.66
	35 – 39 años	0.55	0.52 - 0.59
	40 – 44 años	0.44	0.37 - 0.51
	45 – 49 años	0.36	0.26 - 0.49
	50 – 54 años	0.29	0.23 - 0.36
	55 – 59 años	0.21	0.20 - 0.22

*Todos los resultados tuvieron un valor $p < 0.05$

11. DISCUSIÓN

Las tendencias del Trastorno de Ansiedad mostraron un cambio a lo largo del tiempo, que fue estadísticamente significativo a nivel nacional, la mayoría de las entidades, presentaron cambios bien definidos. A la cabeza, se observó la CDMX, seguida de entidades propias del sur del territorio nacional.

Se ha reportado que aproximadamente el 60% de los casos de episodios de ansiedad van precedidos por la aparición de factores estresantes, especialmente de origen psicosocial, por lo que la influencia de factores genéticos en el desarrollo de los trastornos de ansiedad podría deberse a una mayor sensibilidad a las situaciones estresantes. (Jurueña, Eror, Cleare, & Young, 2020)

Dentro de los factores estresantes, se encuentra la violencia interpersonal, que puede afectar a las personas en todas las etapas de su vida, así como a las vidas de la próxima generación. La violencia interpersonal incluye: abuso físico, sexual, emocional, de pareja, acoso y homicidio. (Rivara, y otros, 2019)

Es importante reconocer cómo la violencia experimentada por el individuo puede afectar a su comunidad en general y cómo la experiencia agregada de violencia dentro de una comunidad puede afectar al individuo. Cuando alguien sufre violencia, los familiares, amigos y testigos del evento pueden experimentar un trauma indirecto incluso si no sufren ninguna lesión física, (Rivara, y otros, 2019) con aumento en el riesgo de psicopatología.

En este sentido, en nuestro país, se cuenta con un reporte acerca de la carga global de la enfermedad de 1990 a 2010 y de acuerdo al mismo, se identificó a la región norte (Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas) como primer lugar en homicidios, con 31.2% del total de la carga. Ningún otro padecimiento contribuye con una carga similar en los grupos de edad. En el Centro (Aguascalientes, Colima, CDMX, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas) con 9.5% y en el Sur (Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán) con el 8.6%, por lo que se esperaba que la tendencia de los Trastornos de ansiedad aumentara o se mantuviera a la cabeza en la región norte del país.

En contradicción con lo reportado en el párrafo anterior, y de acuerdo a los resultados obtenidos en este trabajo, la mayor tasa de prevalencia se localizó en la región sur del país, lo cual, pudiera explicarse a través de diversos factores, como lo es la conducta de normalización, que en este contexto, se puede entender en dos sentidos; primero, para denotar la incidencia preponderante de un comportamiento o fenómeno dentro de una población o entorno; y segundo, para indicar una actitud de aprobación con respecto a la posición moral o social de este fenómeno. (Duff, 2020). Pues con base en lo reportado a nivel nacional, la región norte cuenta con mayor índice de violencia.

Otro factor que puede influir, es la constante migración proveniente del sur, ya que las personas utilizan a nuestro país como puente en busca de mejores oportunidades.

Ante ello, no solo los recién llegados, sino los habitantes de esa región se ven sometidos a constante estrés, jugando entonces como un determinante social de la salud, ya que se presentará aumento en la demanda de necesidades básicas.

Dado que los migrantes a menudo no están representados adecuadamente en los datos sobre la salud de la población, y algunos grupos todavía no están representados en absoluto, la investigación es limitada (Barbek, Henning, Ludwig, & von dem Knesebeck, 2022).

Por otro lado, se presentó un marcado cambio en las tendencias en ciertos periodos de tiempo, como lo fue en el 2004, donde quizá una de las razones pueda ser la falta de empleo, pues durante el mes de marzo se mencionó escasez de recursos para atender a los millones de desempleados; así como el riesgo de desaparición del IMSS, que igualmente albergaba miles de empleos. En otros aspectos, se mencionó el poco acceso a la educación que tenían las mujeres mayores de 15 años, conduciéndolas al inicio de la vida laboral, aunque como se describió antes, no se contaba con plazas laborales. Este cambio se mantuvo hasta llegar a su pico máximo en el año 2010, catalogado como el año más violento, hasta ese momento, debido a la lucha contra y entre carteles de narcotráfico, afectando a su vez en la economía del país (Nájar, 2010) (Martínez & Sarabia, 2004).

Se conoce en la literatura que los Trastornos de ansiedad son más prevalentes en las mujeres, sin embargo, existe evidencia empírica temprana de un fenotipo de ansiedad de tipo masculino caracterizado por síntomas físicos (es decir, tensión muscular, ataques de pánico y dolores de cabeza), recurrencia crónica de los síntomas y sensaciones de ansiedad duraderas. Este fenotipo es distinto de los criterios diagnósticos actuales para un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Debido a ello, es probable que los trastornos de ansiedad en algunos hombres no se hayan detectado ni diagnosticado, pasando desapercibido en las estadísticas nacionales, aunado a la poca investigación en este grupo de personas (Fisher, Rice, Oliffe, King, & E., 2023). También cabe mencionar que en México se cuenta con estereotipos de acuerdo al género, que pueden influir en la búsqueda de atención médica, y no se diga de atención en salud mental, lo cual puede

fortalecer la idea del por qué anteriormente los hombres no figuraban dentro de los números nacionales en cuanto a salud. Afortunadamente, esto ha ido cambiando.

De forma general, los resultados nos brindan un panorama sombrío de acuerdo al punto de vista social y en la atención médica, pues serán necesarias políticas de salud que se formen desde la base del problema, conociéndolo a fondo. En nuestro país, es también necesaria la fomentación de realizar investigación, así como la adecuada gestión del personal de salud competente para tratar patologías mentales.

Por último, se tendría que influir en el abordaje en atención primaria, ya que dichos médicos son el primer contacto, por lo que de ellos dependerá la sospecha del padecimiento y posible canalización a un segundo nivel, si así lo considera. Para ello deberá tener un entrenamiento básico para la detección, ya que los trastornos de ansiedad pueden presentar clínica variada que puede pasar desapercibida y esto condicionar una subestimación de la presentación de los casos.

12. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

La principal limitación de este trabajo fue no tener el control del registro de los datos por parte de los investigadores, pues al ser un análisis secundario, la información se recaba de diversas herramientas como encuestas y censos, entre otras; de las cuales se desconoce el método de recopilación, así como del entrenamiento de los recolectores en el área de estudio. Si bien en la página oficial de la GBD, se menciona esta limitante, también se menciona el arduo trabajo de los encargados, en corroborar los datos en base al origen de los mismos, realizando múltiples filtros para dejar solamente la información más relevante para la realizar las estimaciones.

Otra limitante, es la escasez de estudios en salud mental en México, pues al no contar con desarrollo en área de investigación, no se pueden realizar comparaciones actuales de los temas, así como el hecho que tras la pandemia de COVID-19, se retrasó la publicación de nuevos datos.

La información con la que se realizó el trabajo es solo hasta el 2019, por lo cual los resultados pudieron sufrir cambios desde entonces, sin embargo, son los datos que se encontraban disponibles en la plataforma del GBD.

En cuanto a recomendaciones, se puede implementar mayor entrenamiento en el personal del primer nivel de atención para mayor destreza en la captación de los pacientes con algún diagnóstico de salud mental, así como de los factores asociados a su comunidad y realizar estudios a nivel estatal que ayuden para aumentar la información de los principales diagnósticos.

13. CONCLUSIONES

Los Trastornos de ansiedad han cambiado a lo largo del tiempo, cursando mayormente con aumento en la prevalencia. Hasta el 2019, la región sur, fue la que destacó en cuanto a cambios significativos, a pesar de que la región del norte contaba con factores ambientales y sociales asociados mayormente a este padecimiento, como lo es la exposición a la violencia, factores económicos y familiares. La atención en salud mental, está cambiando y un referente es que los hombres han presentado un cambio sustancial, reportándose el doble en la tasa de prevalencia respecto a las mujeres, lo cual llama la atención, al ser una población poco estudiada y, por lo tanto, poco reconocida.

En general, la población más afectada es aquella que se encuentra en edad productiva, o sea, los adultos jóvenes, quienes se enfrentarán a los desafíos puestos por sus gobernantes en busca de una vida digna.

El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” es reconocido como una de las instituciones más grandes en Psiquiatría y por consecuencia con mayor población, esto brinda a los médicos residentes mayor experiencia clínica; sin embargo, debido a la alta carga laboral, se deja de lado el área académica o en este caso, el área de investigación, que no se desarrolle dentro de la unidad, por lo cual, nos deja una brecha de conocimiento en cuanto al comportamiento de las patologías mentales en el resto del país, basándonos únicamente en aquello que es publicado por otros países, los cuales, claramente van a diferir en las características de la

población de estudio. Este trabajo logra mostrar nuevos enfoques para investigaciones, no solo médicas, sino incluso, sociológicas, económicas y políticas, con finalidad de mejorar el entendimiento acerca del aumento de la patología mental y su repercusión.

14. REFERENCIAS:

- Barbek, R., Henning, S., Ludwig, J., & von dem Knesebeck, O. (2022). Ethnic and migration-related inequalities in health anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*, 01-11.
- Boland, R., Verduin, M., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*. LWW.
- Bonis, P. A. (Abril de 2022). *Up To Date*. Obtenido de https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/glossary-of-common-biostatistical-and-epidemiological-terms?search=PREVALENCIA&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Collaborators. (2022). Global prevalence and burden of depressive and anxiety. *Lancet*, 1204–1222.
- Collaborators, G. 2. (2020). GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 1204-1222.
- Craske, M., Stein, M., Eley, T., & al., e. (2017). Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers*, 1-7.
- Duff, C. (2020). On the legacy of normalization. *Addiction*, 1378–1381.
- Fajardo, G. A. (2017). Measurement in epidemiology: prevalence, incidence, risk, impact measures. *Rev Alerg Mex*, 109-120.
- Fisher, K., Rice, S. M., Oliffe, J. L., King, K., & E., S. Z. (2023). Young men and anxiety: Resisting, reckoning. *Sociol Health Illn*, 1462–1482.
- Fuentes, F. M., & Del Prado, G. N. (2013). Medidas de frecuencia y de asociación en epidemiología clínica. *An Pediatr Contin*, 346-9.
- Garbarino, J. (2022). La mentalidad de zona de guerra: efectos de la violencia armada en la salud mental de los niños y adolescentes estadounidenses. *N Engl J Med* , 1149-1151.
- Jurueña, M. F., Eror, F., Cleare, A., & Young, A. H. (2020). El papel del estrés en la vida temprana en el eje HPA y la ansiedad. En *Trastornos de ansiedad. Avances en medicina y biología experimentales* (págs. 141-153). Singapur: Springer.

- Langhammer, T., Peters, C., Ertle, A., Hilbert, K., & Lueken, U. (2022). Impact of COVID-19 pandemic related stressors on patients with anxiety disorders: A cross-sectional study. *PLoS ONE* , 1-16.
- Lozano, R., Gómez, D. H., Pelcastre, B., Ruelas, M. G., Montañez, J. C., Campuzano, J. C., & al., e. (2014). Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos. . *México: Instituto Nacional de Salud Pública /Secretaría de Salud*, 1-40.
- Martínez, F., & Sarabia, E. (1 de Marzo de 2004). *Noticias nacionales*. Obtenido de <https://www.diputados.gob.mx/>
- Murray, C. J. (2022). The Global Burden of Disease Study at 30 years. *Nat Med*, 1-12.
- Nájar, A. (23 de Diciembre de 2010). *BBC News Mundo*. Obtenido de BBC News Mundo Web site: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2010/12/101223_mexico_violencia_2010_en
- Portillo, R., Capps, W. J., L. M., Reyes, L. G., & J., Q. S. (2022). Daily stress and coping strategies: Relationships with anxiety and resilience in preadolescents from Ciudad Juarez, Mexico. *Curr Psychol* , 1881–1891.
- Puyaña, J. C., Rubiano, A., Montenegro, J., Estebanez, G., Sánchez, A., & Rivera, F. (2017). Drugs, Violence, and Trauma in Mexico and the USA. *Med Princ Pract* , 309-315.
- Rivara, F., Adhia, A., Lyons, V., Massey, A., Mills, B., & Morgan, E. (2019). The Effects Of Violence On Health. *Health Affairs*, 1622-1629.
- Saria, M., Courchesne, N. S., Evangelista, L., Carter, J. L., MacManus, D. A., & et.al. (2017). Anxiety and depression associated with burden in caregivers of patients with brain metastases. *Oncol Nurs Forum*, 306-15.
- Toledano, F., & Moral de la Rubia, J. (2018). Factors associated with anxiety in family caregivers of children with chronic diseases. *Biopsychosoc Med*, 1-10.
- Tully, P., Harrison, N., Cheung, P., & Cosh, S. (2016). Anxiety and Cardiovascular Disease Risk: a Review. *Curr Cardiol Rep* , 1-8.
- Vargas, T., J., S., Lam, P. H., Kim, A., & Mittal, V. A. (2021). Using search engine data to gauge public interest in mental health, politics and violence in the context of mass shootings. *PLoS ONE* , 1-14.

15. ANEXOS



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONASAMA
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ
UNIDAD DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Asunto: **Dictamen de Protocolo**

Ciudad de México a 28 febrero del 2024

DRA. ARIANNA DENYSSE RIVERA VALVERDE
PRESENTE

Con el presente le informo a usted, que el protocolo de investigación titulada: **"TENDENCIAS ESTATALES DE LA PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN MÉXICO DURANTE 2000-2019, POR EDAD Y SEXO: DATOS DEL ESTUDIO DE LA CARGA GLOBAL DE LA ENFERMEDAD"**, (No. reg. CI - 1009), del cual es la investigadora principal, ha sido revisado por el Comité de Investigación de este Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", que han dado el dictamen de **APROBADO**.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN

DR. HÉCTOR CABELLO RANGEL
COORDINADOR DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

c.c.p.- Comité de Ética en Investigación
c.c.p.- Archivo del Comité de Investigación

RMD/HCR/Verónica

Sección / serie 18.C19

Esquina San Buenaventura, Calle Niño de Jesús Número 2, Colonia Tlalpan, Código Postal 14000,
Alcaldía Tlalpan de la Ciudad de México, teléfono conmutador 5556554405, Círculo 23977



Ciudad de México a 30 de enero de 2024.

*Dr. Ricardo Mora Durán.
Presidente del Comité de Investigación.
Presente:*

Con el presente me dirijo a usted para informarle que acepto fungir como Asesora metodológico de Tesis de la Dra. Arianna Denysse Rivera Valverde, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. Orientar a la residente para la estructura del protocolo que desarrollará y la elección del tema de este.*
- b. Informar avance y seguimiento de la investigación.*
- c. Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que la residente haga su titulación.*

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

ATENTAMENTE



**Dra. Claudia Iveth Astudillo García.
Investigadora en Ciencias Médicas C, SNI nivel II
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.**

Ciudad de México a 30 de enero de 2024

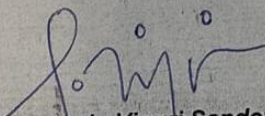
Dr. Ricardo Mora Durán
Presidente del Comité de Investigación.
Presente

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor teórico de Tesis** de la **Dra. Arianna Denysse Rivera Valverde**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. **Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollará y la elección del tema de este.**
- b. **Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. **Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

ATENTAMENTE



Dr. Leonardo Viguri Sandoval
Jefe del servicio de CLINPAP
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°, 2°, 7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos,

Yo Arriana Denyse Rivera Valverde como personal adscrito a Medico Residente de 2er año y con número de empleado declaro que

durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA: COMEX, 30/01/2024

NOMBRE Y FIRMA: Arriana Denyse Rivera Valverde

