

Parte **II**

Salud integral

Capítulo 6

Responsabilidad del estado mexicano en la salud mental de las y los jóvenes

*Ameyali Esmeralda Cervantes Correa
Mitzi Quetzaly Cervantes Correa*

<https://doi.org/10.61728/AE20257385>



Introducción

La presente investigación lleva a cabo un análisis documental de cuál es la responsabilidad del Estado mexicano ante la atención de la salud mental de las y los jóvenes mexicanos. Es decir, tiene como objetivo comprender si existe un cumplimiento de los estándares internacionales de protección del derecho a la salud, especialmente la salud mental, por parte de México como Estado.

En México, los estudios y estadísticas sobre salud mental no suelen tomar en cuenta a los jóvenes como un sector de la población individual; en cambio, se segmentan comúnmente en las categorías de niñez, adolescencia y adultez. Esta diferencia se debe a que, en ámbitos clínicos, el término adolescente se utiliza para el grupo etario que representa a las personas entre las edades de 10 a 19 años, mientras que en términos sociológicos la definición de joven abarca un grupo de personas más amplio, siendo las personas que se encuentran entre las edades de 12 a 29 años. Esta diferencia ha causado que la mayoría de estadísticas oficiales y de salud mental se presenten fragmentadas por estos grupos etarios, dificultando el análisis sociológico de la juventud como grupo social.

En nuestro país, en el año de 2024, la población de jóvenes era de 31 millones según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI). El Instituto Nacional de Salud Pública llevó a cabo un estudio en 2022, que pretende estimar la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos, en el cual se estudiaba una población para hablar de la sintomatología depresiva en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) Continua 2022; es de 3,547 personas encuestadas, que comprende a aproximadamente 22.3 millones de adolescentes en México. Los encuestados se distribuyen entre un 50.6 % de hombres y un 49.4 % de mujeres; presenta una distribución similar entre los grupos de edades de 10 a 14 años, que representa un 51.3 %, y de 15 a 19 años, que corresponde al 48.7 %. El 76 % de los jóvenes

entrevistados reside en áreas urbanas, mientras que el 24 % reside en zonas rurales. Los resultados presentados sobre el índice de bienestar nos indican que existe un tercio de la población en cada categoría: bajo (33.7), medio (32.9 %) y alto (33.4). Regionalmente, los jóvenes residen principalmente en Centro-Norte (13.3 %), Pacífico-Sur (13.7 %) y en la región de CDMX y Edomex, siendo la zona con mayor número de encuestados, con un total de 19.3 %. Dicha información se puede visualizar en la siguiente tabla (FIG1).

CARACTERÍSTICAS DE LAS POBLACIONES DE ESTUDIO, SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS. MÉXICO, ENSANUT 2022

Características	Adolescentes				Adultos			
	n	N expandida (miles)	%	IC95%	n	N expandida (miles)	%	IC95%
Nacional	3 547	22 289.6			11 913	85 520.8		
Sexo								
Hombre	1 794	11 289.6	50.6	[48.3,53.0]	4 724	40 885.1	47.8	[46.3,49.3]
Mujer	1 753	11 000.0	49.4	[47.0,51.7]	7 189	44 635.6	52.2	[50.7,53.7]
Edad (años)								
10 a 14	1 919	11 424.9	51.3	[49.1,53.4]	---	---	---	---
15 a 19	1 628	10 864.7	48.7	[46.6,50.9]	---	---	---	---
20 a 59	---	---	---	---	9 106	68 420.6	80.0	[78.7,81.3]
60 o más	---	---	---	---	2 807	17 100.1	20.0	[18.7,21.3]
Área de residencia								
Urbana	2 593	16 931.3	76.0	[74.0,77.8]	9 028	68 364.9	79.9	[78.8,81.1]
Rural	954	5 358.4	24.0	[22.2,26.0]	2 885	17 155.9	20.1	[18.9,21.2]
Índice de bienestar								
Bajo	1 195	7 502.5	33.7	[30.9,36.6]	3 934	25 606.0	29.9	[28.1,31.8]
Medio	1 231	7 343.3	32.9	[30.4,35.6]	3 983	27 913.1	32.6	[30.9,34.4]
Alto	1 121	7 443.8	33.4	[30.9,36.0]	3 996	32 001.6	37.4	[35.3,39.6]
Región								
Pacífico-Norte	371	2 064.9	9.3	[8.3,10.3]	1 351	8 090.9	9.5	[9.0,9.9]
Frontera	629	2 800.7	12.6	[11.4,13.9]	2 175	11 087.1	13.0	[12.4,13.6]
Pacífico-Centro	233	2 446.4	11.0	[9.3,13.0]	735	9 293.1	10.9	[10.0,11.8]
Centro-Norte	866	2 963.9	13.3	[12.3,14.4]	2 728	10 753.7	12.6	[12.1,13.0]
Centro	274	2 217.8	9.9	[8.6,11.5]	829	8 519.1	10.0	[9.2,10.8]
CDMX/Edomex	313	4 304.7	19.3	[17.3,21.5]	1 267	18 754.3	21.9	[20.8,23.1]
Pacífico-Sur	362	3 047.3	13.7	[12.3,15.1]	1 244	10 593.7	12.4	[11.4,13.5]
Península	499	2 443.8	11.0	[9.9,12.1]	1 584	8 428.90	9.90	[9.4,10.3]

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; CDMX/Edomex: Ciudad de México y Estado de México

En la siguiente tabla se describe la frecuencia de sintomatología depresiva entre jóvenes de 10 a 19 años, según la ENSANUT Continua 2022. Se describen 7 síntomas que los jóvenes pudieron presentar durante el curso de una semana anterior a la encuesta, con las respuestas clasificadas en

4 frecuencias: rara vez o nunca, pocas veces, un número considerable de veces y todo el tiempo o la mayoría del tiempo. Un porcentaje alto de los adolescentes reportó que experimentaba estos síntomas rara vez o nunca. Por ejemplo, el 76.4 dijo que rara vez o nunca podía quitarse de encima la tristeza, mientras que el 75.6 rara vez o nunca se sintió deprimido o deprimida. Sin embargo, un porcentaje menor reportó síntomas frecuentes: el 2.5 % sintió que no podía quitarse la tristeza todo el tiempo y el 2.6 % se sintió deprimido con esa misma frecuencia.

Uno de los síntomas que apareció con más frecuencia fue el problema para dormir bien: el 15.6 % de los adolescentes presentó problemas para dormir bien todo el tiempo o la mayoría del tiempo, lo que representa el síntoma con una frecuencia mayor entre los evaluados. A diferencia de disfrutar de la vida, que fue el síntoma que tuvo menor frecuencia entre los jóvenes, teniendo únicamente el 1.7 %, indicó que rara vez o nunca disfrutó de la vida. Los síntomas de dificultades para concentrarse, la sensación de que todo lo que hacen es un esfuerzo y sentirse triste también fueron reportados con menor frecuencia en los niveles más altos de severidad.

En cuanto al puntaje promedio de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7), los adolescentes obtuvieron un promedio de 3.2 síntomas, lo que indica que, en su mayoría se experimentan pocos síntomas depresivos de manera frecuente. El 54.2 % de los adolescentes no reportó ningún síntoma depresivo, mientras que el 31.1 % reportó uno y un muy pequeño porcentaje (menos del 1 %) manifestó seis o más síntomas. Los resultados nos dicen que aunque la mayoría de jóvenes no presenta sintomatología depresiva significativa, existe una proporción con relevancia que sí experimenta síntomas de manera persistente.

FRECUENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS. MÉXICO, ENSANUT 2022

Durante la semana pasada...	Rara vez o nunca			Pocas veces			Un número considerable de veces			Todo el tiempo la mayoría del tiempo		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza	2 757	76.4	[74.2,78.5]	564	17.0	[15.1,19.0]	143	4.1	[3.3,5.1]	83	2.5	[1.9,3.4]
Le costó trabajo concentrarse	2 286	63.3	[60.6,66.0]	940	28.1	[25.7,30.7]	210	5.6	[4.6,6.9]	111	2.9	[2.3,3.7]
Se sintió deprimido o deprimida	2 674	75.6	[73.6,77.5]	627	17.4	[15.9,19.0]	150	4.5	[3.6,5.6]	96	2.6	[1.9,3.4]
Le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo	2 345	67.0	[64.4,69.5]	822	23.6	[21.3,26.0]	226	5.4	[4.4,6.5]	154	4.1	[3.2,5.3]
No durmió bien	2 043	58.6	[56.0,61.1]	620	16.7	[15.1,18.3]	355	9.2	[7.9,10.6]	529	15.6	[13.6,17.7]
Disfrutó de la vida	244	7.8	[6.6,9.2]	202	5.4	[4.4,6.7]	370	9.4	[8.1,11.0]	2 731	77.3	[75.4,79.1]
Se sintió triste	2 508	71.5	[69.2,73.7]	738	20.6	[18.6,22.7]	185	5.1	[4.2,6.3]	116	2.8	[2.2,3.6]
Puntaje promedio de la escala CESD-7 para adolescentes (DE)	3.2 (3.4)											
Número de síntomas *												
0										n	%	IC95%
										1 931	54.2	[51.5,56.8]
1										1 078	31.1	[28.8,33.6]
2										257	7.1	[5.9,8.5]
3										95	2.5	[1.9,3.4]
4										75	2.4	[1.7,3.3]
5										56	1.3	[0.9,1.8]
6										38	1.1	[0.7,1.8]
7										17	0.3	[0.0,0.5]

En las siguientes gráficas se describen los resultados obtenidos a partir de la distribución de casos atendidos por ansiedad, depresión, trastorno del espectro autista (TEA) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en jóvenes mexicanos de 10 a 29 años, seccionados por grupos de edad y sexo, utilizando la información obtenida del Sistema de Información de la Secretaría de Salud.

En el gráfico 1 se observan los casos atendidos por ansiedad. La proporción de jóvenes entre los 10 y 29 años representa un segmento con mucha relevancia dentro del total de casos atendidos. En mujeres, los casos de ansiedad entre los 10 y 14 años corresponden a un 9.5 % de los casos; de los 15 años a 19 años, representan un 7.6 %; por último, los casos del grupo de edad de 20 a 29 años corresponden a un 23 %. En varones, el grupo de 10 a 14 años representa el 11.2 %, el grupo de 15 a 19 años, un 5.3 %, y de los 20 a los 29 años, 19.9 %.

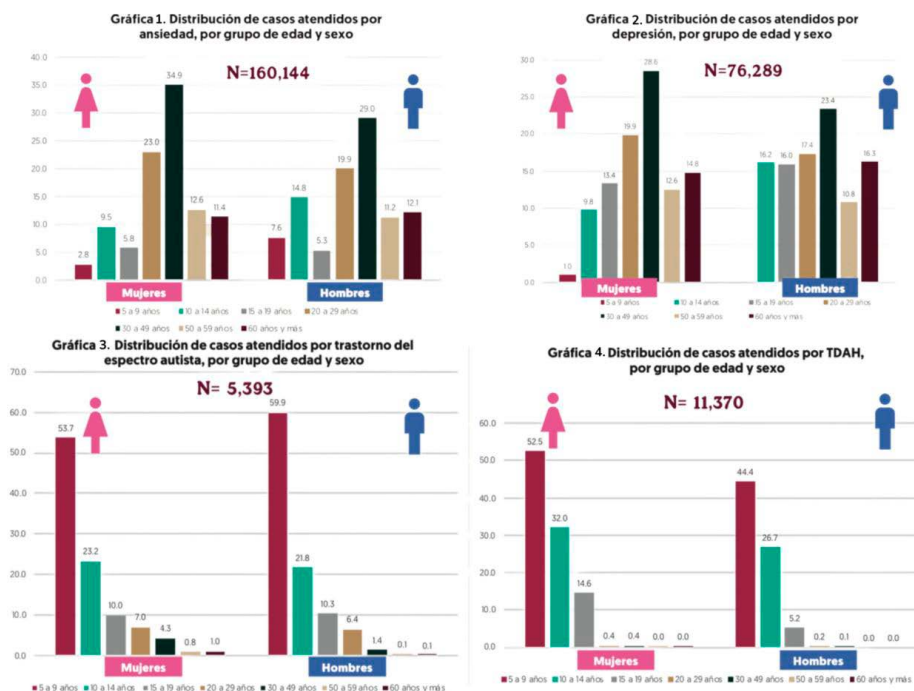
El gráfico 2 nos habla de los casos de depresión atendidos. Respecto a la depresión, en mujeres, el grupo de 10 a 14 años representan el 9.8

% de los casos, el de 15 a 19 años representa hasta un 8.4 % y el de 20 a 29 años el 19.9 %. En hombres, los porcentajes son de 9.8 % para 10 a 14 años, 8.6 % para 15 a 19 años y 16.3 % para 20 a 29 años.

En cuanto al gráfico 3, representa los casos tratados por Trastorno del Espectro Autista (TEA). Se observa que la atención se concentra principalmente en la infancia y adolescencia temprana. En mujeres, el 23.3 % de los casos atendidos pertenece al grupo de 10 a 14 años de edad, el 7.4 % al grupo de 15 a 19 años, mientras que el grupo de 20 a 29 años representa solo el 1 % . En hombres, el grupo de edad de 10 a 14 años corresponde al 21.8 % de los casos, el grupo de edad de los 15 a los 19 años representa un 10.3 % y el 1.4 % a los grupos de edades de 20 a 29 años.

Por último, en el gráfico 4 observamos los casos totales tratados por Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). La mayoría de casos atendidos se concentran en la niñez y adolescencia. En mujeres de 10 a 14 años de edad, los casos representan un 32 % de los casos totales, un 14.6 % corresponde al grupo de edad de 15 a 19 años, mientras que en el grupo de 20 a 29 años la proporción es casi nula, abarcando únicamente un 0.4 % de casos. En hombres, el 26.7 % corresponde a 10 a 14 años, el 5.2 % a 15 a 19 años y solo el 0.2 % a 20 a 29 años.

Los resultados nos dicen que los trastornos de ansiedad y depresión tienen una presencia relevante en los jóvenes, apegándose principalmente a la adultez joven, siendo muy frecuentes en mujeres de 20 a 29 años. Por el contrario, los trastornos del espectro autista y el TDAH son atendidos principalmente en la adolescencia temprana.



Metodología

La pregunta que guio la investigación fue: ¿Cuál es la responsabilidad del Estado mexicano al no contar con servicios médicos de salud mental suficientes para atender a toda la población? Se parte del supuesto de que el Estado mexicano no cumple con el mandato constitucional ni los tratados internacionales en materia de salud hacia las y los jóvenes, y más tratándose de la salud mental, por lo que la falta de acceso a estos servicios es una violación flagrante a los derechos humanos. Como se mencionó en la introducción, el objetivo es comprender si existe un cumplimiento de los estándares internacionales de protección del derecho a la salud, especialmente la salud mental, por parte de México como Estado.

Como quedó establecido desde el título del presente ensayo, los sujetos de estudio son las y los jóvenes mexicanos, que en nuestro país comprenden de 12 a 29 años de edad. Nos apoyamos en la investigación

documental... “Es una de las técnicas de la investigación cualitativa que se encarga de recolectar, recopilar y seleccionar información de las lecturas de documentos, revistas, libros, grabaciones, filmaciones, periódicos, artículos, resultados de investigaciones, memorias de eventos, entre otros” (Reyes-Ruíz y Carmona Alvarado, 2020).

El presente trabajo forma parte de una investigación en dos partes, siendo esta la primera y concluyendo en una propuesta legislativa, presentada en el marco del II Foro Legislativo “Sociedad Incluyente y Derechos Humanos” el 7 de abril del presente año, en la Sala de Legisladoras del H. Congreso del Estado de Jalisco.

Contexto

Para una mejor comprensión, se presenta el contexto de la normatividad en salud y especialmente en salud mental en México. La norma superior del Estado mexicano, es decir, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), en su artículo 4to en sus párrafos 4to y 5to establece:

Artículo 4.- [...] Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. Para garantizar el derecho de protección a la salud de las personas, la ley sancionará toda actividad relacionada con cigarrillos electrónicos, vapeadores y demás sistemas o dispositivos análogos que señale la ley; así como la producción, distribución y enajenación de sustancias tóxicas, precursores químicos, el uso ilícito del fentanilo y demás drogas sintéticas no autorizadas [...]

Dentro de esto, reconoce el derecho a la protección de la salud y la obligación de definir un sistema de salud para el bienestar, para poder “ga-

rantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita”, entendiendo de esa forma que el Estado reconoce la obligación a los servicios de salud integral.

Por su parte, la Ley General de Salud, en su artículo segundo, reconoce el derecho a la protección de la salud con la finalidad de proteger el bienestar físico y mental de las personas, que se lleva de la mano a la mejora de la calidad humana.

Artículo 2.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; [...]

Bajo dicho entendimiento, se sabe que México reconoce entonces la existencia de una obligación de garantizar el derecho a la salud desde el bienestar mental, comprendiendo que esto busca contribuir al ejercicio pleno de las capacidades de cada individuo.

Marco teórico

Para un mejor entendimiento de la presente, se analizan dos conceptos claves, el de juventud y salud mental, así como el de responsabilidad estatal, junto con su evolución y el estado del arte.

Juventudes y salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades”, esta definición es cuestionable ya que el estado

de completo bienestar es muy relativo en función de las necesidades biológicas —entre otros— hambre, sueño, sed, que se logran satisfacer, pero “El ser humano no puede vivir únicamente de tener sus necesidades cumplidas, debe existir otra persona que atienda a sus demandas, que le de reconocimiento y cuidados, en otras palabras, que le satisfaga su demanda de amor” a decir de Triveño, (2006, p. 190) es el deseo el que mueve a las personas en virtud de que algo nos falta, pudiendo ser la falta de salud; sería lógico pensar que salud mental es la ausencia de problemas, crisis, o situaciones que nos causan angustia, sufrimiento, stress, etc. y lograr un estado de bienestar o equilibrio mental y social. (Ob. cit.).

Entre los diferentes estudios sobre jóvenes y salud mental destaca la investigación de Barrera y Flores. (2020), donde analizan el papel del apoyo social percibido y la variable cultural individualismo-colectivismo como predictores de salud mental positiva en 862 estudiantes universitarios seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de la ciudad de Mérida, Yucatán, México, mediante un estudio cuantitativo transversal ex post facto de corte causal utilizando una Escala de Salud Mental Positiva, escalas de apoyo social percibido de la familia y de los amigos y escala de individualismo-colectivismo. Por su parte, Rivera Díaz M. y Rivera Díaz dan cuenta de un estudio realizado en el año 2011, con un grupo de niños/as y jóvenes de 10 a 17 años de edad, participantes de servicios de salud mental en Puerto Rico, y analiza las implicaciones de estas construcciones para la política pública y los servicios.

Así mismo, Zapata García, Laverde Gallego y Manrique López en el año 2022 exploran la construcción de los vínculos, su relación con el desarrollo de la autonomía y las problemáticas de salud mental de adultos jóvenes excombatientes de grupos armados que hacen parte del proceso de reintegración en Colombia. Se analizaron 3977 registros de la Encuesta Multimodal Psicosocial (EMP) correspondientes a adultos jóvenes entre los 18 y 24 años, que fueron aplicadas en desarrollo del proceso de reincorporación.

Responsabilidad estatal

De esa misma forma tenemos que comprender el concepto de responsabilidad estatal, para el cual se retoma a William Jiménez (2013), quien nos explica que la responsabilidad estatal es un derivado de la responsabilidad civil, aplicado a los agentes estatales o el Estado en su conjunto. Pasando por una evolución en la cual se entiende de diversas formas, la primera es la responsabilidad estatal en virtud de la soberanía, en relación a la compensación de daños por actos ilegales y violatorios a los derechos humanos realizados por agentes estatales, relacionado directamente con la teoría de la falla o falta del servicio presentada por Héctor Romero (2000). En un segundo análisis, la responsabilidad de garantizar, que es presentada en los ordenamientos como obligación de garantizar el goce y disfrute de los derechos humanos.

Discusión de resultados y conclusiones

Comprendemos entonces que normativamente tanto las personas jóvenes como las personas con discapacidad mental o psicosocial forman parte de grupos vulnerados que impide de forma directa el goce pleno de sus derechos humanos, especialmente el derecho a una vida digna y derecho a la salud reconocidos en la convención americana sobre derechos humanos, en sus artículos , 6 11 y 24, así como el protocolo adicional a la convención americana sobre los derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales en los artículos 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17.

Sin embargo, los instrumentos internacionales no solo reconocen esos derechos, a lo largo de la historia han existido una serie de esfuerzos normativos por parte de la comunidad internacional para reconocer y proteger los derechos de las personas con discapacidad mental o psicosocial; entre ellos y de forma vinculante la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención Americana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, que se complementan con la resolución 26/2856 de fecha 20 de diciembre de 1971, posteriormente complementada y modi-

ficada por la Resolución AG.46/119 del 17 de diciembre de 1991, que comprende los Principios de Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Resolución cd47.r1 de la Organización Panamericana de la Salud, la discapacidad: Prevención y Rehabilitación en el Contexto del Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental y Otros Derechos Relacionado y la Guías de la Organización Mundial de la Salud para la Promoción de los Derechos de las Personas con Trastornos Mentales de 1996.

Dentro de los instrumentos mencionados se reconoce la obligación de los estados de proteger la salud mental por medio de programas estatales con unidades de salud mental institucionalizadas, que deben guiarse por una serie de lineamientos. Entendiendo así que existe una necesidad directa de tratamiento e integración social de las personas con discapacidades mentales y/o psicosociales por medio de proporcionar acceso a los servicios adecuados, reconociendo el derecho a todas las personas a recibir atención de calidad basada en los 10 principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS): la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, el acceso a atención básica en salud mental, la evaluación de salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente, la preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en salud mental, la autodeterminación, el derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación, la existencia de procedimientos de revisión, los mecanismo de revisión periódica automático, la cualificación del personal que toma decisiones, respeto de los derechos y de la legalidad.

En México, la Ley General de Salud, en su artículo 72, prioriza la salud mental dentro de las políticas públicas de salud, estableciendo la obligación del Estado de garantizar el acceso universal, igualitario y equitativo a la atención de la salud mental; es la norma nacional que cumple con lo establecido por los estándares internacionales en los instrumentos previamente mencionados. En especial los artículos 72 bis, donde establece la recuperación y el bienestar como el propósito último de los servicios de salud mental, y el 73, que se alinea de forma directa con los 10 principios de la OMS.

Sin embargo, la norma no refleja la realidad; en México, como se puede observar en la tabla a continuación, existen únicamente 19 hospi-

tales de atención psiquiátrica y psicológica, de los cuales 6 se encuentran en la capital, 13 en el centro del país, 5 en el norte y solo 1 en el sur, entendiendo entonces que el acceso geográficamente no es garantizado de forma equitativa, igualitaria, intersectorial e intercultural. De esa misma forma entendemos que los servicios otorgados por estos hospitales se dan por parte de una institución, siendo estas la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Comprendiendo entonces que, como se menciona previamente, en la nación existen 31 millones de jóvenes (Orb. Cit.), 16 hospitales que buscan atender a la población en general y 3 hospitales que buscan atender a personas afiliadas al IMSS o ISSSTE, no es suficiente para cubrir las necesidades de atención integral de las personas jóvenes en México.

Estado	Nombre del hospital	Institución
CDMX	Instituto Nacional de Psiquiatría, Dr. Ramón de la Fuente	SSA
CDMX	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez	SSA
CDMX	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	SSA
CDMX	Hospital Psiquiátrico Morelos	IMSS
CDMX	Clínica de Neurología y Psiquiatría Tlatelolco	ISSSTE
CDMX	Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno	SSA
Jalisco	Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios	IMSS/ ISSSTE
Jalisco	Instituto Jalisciense de Salud Mental	SSA
Puebla	Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano	SSA
Estado de México	Hospital Psiquiátrico Dr. Adolfo M. Nieto	SSA
Durango	Hospital Psiquiátrico Dr. Miguel Valle Bueno	SSA
Sinaloa	Hospital Psiquiátrico Dr. Alfonso Millán	SSA/ IMSS
Colima	Hospital General Ixtlahuacán- Unidad de Psiquiatría	SSA
Chihuahua	Hospital de Salud Mental de Chihuahua Dr. Ignacio González Estavillo	SSA
Chihuahua	Centro de Atención Integral a la Salud Mental- Hospital Civil Libertad	SSA

Coahuila	Centro Estatal de Salud Mental	SSA
Campeche	Hospital Psiquiátrico Dr. Manuel Campos	SSA
Querétaro	Centro Estatal de Salud Mental	SSA
San Luis Potosí	Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña	SSA

Referencias

- Barrera Guzmán, M., & Flores Galaz, M. (2020). Predictores psicosociales de salud mental positiva en jóvenes. *Acta de Investigación Psicológica*, 10(3), 80-92. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.3.356>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2024, 15 de abril). Diario Oficial de la Federación. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150424.pdf
- Guillermo Jiménez, W. (2013). Origen y evolución de las teorías sobre la responsabilidad estatal. *Diálogos de Saberes*, (39), 133-151.
- Ley General de Salud. (2024, 7 de junio). Diario Oficial de la Federación. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_070624.pdf
- Reyes-Ruiz, L., & Carmona Alvarado, F. (2020). La investigación documental para la comprensión ontológica del objeto de estudio. En *Metodologías de investigación social* (pp. 45-62). Ediciones Simón Bolívar. <https://hdl.handle.net/20.500.12442/6630>
- Rivera Díaz, M., & Rivera Díaz, Y. (2011). “De los problemas del interior” y otros relatos: Construcciones infanto-juveniles sobre la salud mental. *Salud & Sociedad*, 2(3), 322-333. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742467003>
- Romero, H. (2000). *Responsabilidad civil general y del notario*. Ediciones Librería del Profesional.
- Secretaría de Salud. (2024, noviembre). Datos de salud mental 2024 (Informe técnico No. 04). Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/949747/04_DATOS_SM_2024.pdf
- Triveño Gutiérrez, G. (2018). Salud mental... desde lo afectivo hasta lo laboral. *Perspectivas*, 9(18), 189-194. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425942516008>

- Vázquez-Salas, R. A., Hubert, C., Portillo-Romero, A. J., Valdez-Santiago, R., Barrientos-Gutiérrez, T., & Villalobos, A. (2023). Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos. Ensanut Continua 2022. *Salud Pública de México*, 65(supl. 1), s85-s94. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/doctos/analiticos/16-Sintomatologia.depresiva-ENSANUT2022-14827-72384-2-10-20230619.pdf>
- Zapata García, J., Laverde Gallego, D., & Manrique López, J. (2023). Vínculos, autonomía y salud mental en adultos jóvenes del proceso de reintegración en Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 14(1), 106-133. <https://doi.org/10.21501/22161201.4978>

