

Malestar psicológico y acceso a tratamiento en México: análisis comparativo en entornos rurales y urbanos

Shoshana Berenzon-Gorn, D en Psicol,⁽¹⁾ Ricardo Orozco-Zavala, D en C,⁽¹⁾
 Marycarmen N Bustos-Gamiño, M en Terap Fam,⁽¹⁾ Fabiola Vázquez-Quiroz, L en Soc,⁽¹⁾
 Eduardo Ángel Madrigal-de León, Psiq,⁽²⁾ Betania Allen-Leigh, D en C Antrop,⁽³⁾ Gerardo Peña-Ordieres, Psiq.⁽⁴⁾

Berenzon-Gorn S, Orozco-Zavala R,
 Bustos-Gamiño MN, Vázquez-Quiroz F,
 Madrigal-de León EÁ, Allen-Leigh B,
 Peña-Ordieres G.

Malestar psicológico y acceso a tratamiento
 en México: análisis comparativo
 en entornos rurales y urbanos.
 Salud Publica Mex. 2026;68:425-436.

<https://doi.org/10.21149/18131>

Berenzon-Gorn S, Orozco-Zavala R,
 Bustos-Gamiño MN, Vázquez-Quiroz F,
 Madrigal-de León EÁ, Allen-Leigh B,
 Peña-Ordieres G.

Psychological distress and access to treatment
 in Mexico: a comparative analysis
 between rural and urban settings.
 Salud Publica Mex. 2026;68:425-436s.

<https://doi.org/10.21149/18131>

Resumen

Objetivo. Analizar la prevalencia y severidad del malestar psicológico, así como el acceso a tratamiento en adolescentes y adultos de México, comparando entornos rural y urbano.

Material y métodos. Se analizaron datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025 (Encodat 2025), encuesta nacional probabilística de hogares ($n = 19\,200$; 12 a 65 años). Se estimaron razones de prevalencia ajustadas mediante modelos lineales generalizados con diseño muestral complejo y se presentan con intervalos de confianza al 95%. **Resultados.** El 8.1% de la población presentó malestar psicológico moderado/grave, equivalente a aproximadamente 7.5 millones de personas. La prevalencia fue mayor en adolescentes de 12 a 17 años (10%) que en adultos de 18 a 65 años (7.8%) y en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad. Ser mujer, ser adolescente y residir en la Ciudad de México se asociaron significativamente con mayor malestar; no se encontraron diferencias entre entornos rurales y urbanos. Sólo 23.8% urbano y 18.2% rural con malestar accedió a tratamiento; los residentes rurales tuvieron menor acceso a especialistas (62.9 vs 93.4%,

Abstract

Objective. To analyze the prevalence and severity of psychological distress, as well as access to treatment, in adolescents and adults in Mexico, comparing rural and urban settings. **Materials and methods.** Data from Encodat 2025, a national probabilistic household survey ($n = 19\,200$; aged 12 to 65 years), were analyzed. Adjusted prevalence ratios were estimated using generalized linear models accounting for the complex survey design and are presented with 95% confidence intervals. **Results.** The prevalence of moderate/severe psychological distress was 8.1%, equivalent to approximately 7.5 million people. Prevalence was significantly higher among adolescents aged 12 to 17 years (10%) than among adults aged 18 to 65 years (7.8%), and among women compared to men across all age groups. Being female, being an adolescent, and residing in Mexico City were significantly associated with higher distress; no differences were found between rural and urban settings. Only 23.8% of urban and 18.2% of rural individuals with distress accessed professional treatment; rural residents had significantly lower access to mental health specialists (62.9 vs 93.4%, $p < 0.001$). Educational

- (1) Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ciudad de México, México.
 (2) Dirección General, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ciudad de México, México.
 (3) Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigaciones en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
 (4) Gestión de Servicios, Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ciudad de México, México.

Fecha de recibido: 6 de marzo de 2026 • **Fecha de aceptado:** 6 de mayo de 2026 • **Publicado en línea:** 29 de julio de 2026

Autor de correspondencia: Gerardo Peña Ordieres. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. Anillo Periférico 2767,
 San Jerónimo Lídice. 10200 La Magdalena Contreras, Ciudad de México, México.
 Correo electrónico: gerardo.pena@salud.gob.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

$p < 0.001$). La escolaridad fue el único predictor del acceso a tratamiento. **Conclusión.** Los resultados establecen una línea de base epidemiológica para la vigilancia del malestar psicológico en México e identifican a la escolaridad como el principal determinante estructural del acceso a la atención, lo que debe orientar el diseño de políticas de salud mental más equitativas.

Palabras clave: malestar psicológico; tratamiento; rural; urbano; México

attainment was the only significant predictor of treatment access. **Conclusion.** The findings establish an epidemiological baseline for the surveillance of psychological distress in Mexico and identify educational attainment as the primary structural determinant of access to care, which should guide the design of more equitable mental health policies.

Keywords: psychological distress; mental health treatment; rural; urban; Mexico

El malestar psicológico constituye un constructo dimensional que se ubica en el *continuum* de la salud mental. Se define como un estado de sufrimiento emocional caracterizado por síntomas de depresión (p. ej., pérdida de interés; tristeza; desesperanza) y ansiedad (p. ej., inquietud; sensación de tensión). Estos síntomas pueden estar relacionados con síntomas somáticos (p. ej., insomnio; dolores de cabeza; falta de energía), sin que necesariamente se cumplan los criterios diagnósticos para un trastorno mental según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés). A diferencia de los trastornos mentales, que implican la presencia de categorías diagnósticas formalmente definidas, el malestar psicológico representa un estado subclínico que afecta la funcionalidad y el bienestar cotidiano de los individuos.¹

La medición del malestar psicológico mediante instrumentos de tamizaje, como la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10), permite identificar las necesidades de atención en la población sin que necesariamente se cumpla con los criterios diagnósticos de un trastorno.^{2,3} Esta detección temprana puede orientar intervenciones preventivas y facilitar la atención oportuna de la población.

Desde finales del siglo pasado se ha documentado una tendencia ascendente de la prevalencia de malestar psicológico en el ámbito mundial, misma que se acentuó a partir de la pandemia de Covid-19.^{4,6} México no es la excepción a esta tendencia. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 (Ensanut 2022) reveló que 16.7% de los adultos presentó síntomas de depresión, con mayor prevalencia en mujeres, adultos mayores y en personas con un menor índice de bienestar. El 45.8% de los adolescentes de 10 a 19 años presentó uno o más síntomas depresivos, siendo los más frecuentes la dificultad para dormir y la sensación de que cualquier actividad requería de un esfuerzo mayor.⁷

La distribución del malestar psicológico no es uniforme en la población. La Organización Mundial de la

Salud (OMS) ha señalado que los determinantes sociales de la salud, como el sexo, la edad, el nivel educativo y el entorno geográfico de residencia, condicionan tanto la probabilidad de experimentar malestar psicológico como la capacidad de acceder a servicios de atención.⁸ El marco de los determinantes sociales permite entender las desigualdades en salud no como resultado de características individuales aisladas, sino como expresión de condiciones estructurales que operan de manera interrelacionada.

En cuanto al sexo, independientemente del país o el instrumento de medición utilizado, las mujeres reportan prevalencias más elevadas de malestar psicológico que los hombres.⁹ Esta diferencia se explica por una interacción compleja de factores biológicos, psicosociales (mayor exposición a violencia de género, doble carga laboral-doméstica), estructurales (desventajas en condición social y económica) y culturales (diferencia en la expresión de emociones). En el contexto mexicano, estudios previos documentan esta diferencia tanto en adultos como en adolescentes.^{7,10}

Respecto al grupo de edad, la evidencia internacional muestra que el malestar psicológico, medido con instrumentos como el K10, es más elevado en adolescentes y adultos jóvenes que en grupos de mayor edad.¹¹ Organismos internacionales, como la Comisión Lancet sobre salud y bienestar adolescente, subrayan que entre 27 y 30% de los jóvenes en el mundo presentan síntomas de ansiedad y depresión.¹² En México, los estudios sobre malestar psicológico en adolescentes, sobre todo en muestras escolares, han mostrado prevalencias de síntomas depresivos de entre 15.5 y 27%.^{13,14}

En cuanto al entorno geográfico, la evidencia internacional sobre las diferencias rural-urbanas en la prevalencia de malestar psicológico no es concluyente. Estudios en América Latina, Asia y Oriente Medio señalan que los síntomas y trastornos de ansiedad suelen ser más frecuentes en áreas urbanas.¹⁵⁻¹⁷ Sin embargo, en el caso de los de la sintomatología depresiva y trastornos del estado de ánimo, los resultados varían según

el país y el grupo de edad: mientras que en Alemania estos síntomas predominan en residentes urbanos,¹⁸ en China y Vietnam la población rural muestra mayor probabilidad de presentar estas afecciones.¹⁵ En México, la Ensanut 2022 reportó mayor prevalencia de sintomatología depresiva en adultos rurales (19.9%) que en urbanos (15.8%).⁷

Estas diferencias pueden explicarse, en parte, por las marcadas desigualdades estructurales entre entornos; en zonas rurales, 14.9% de la población vive en pobreza extrema (vs 4.5% en zonas urbanas), y el acceso a servicios de salud es sustancialmente menor (45 vs 66.1%).¹⁹

Si bien las grandes urbes ofrecen mayores oportunidades para un mejor acceso a la atención médica, empleo y educación, sus habitantes están expuestos a factores como contaminación, tráfico, violencia y hacinamiento, que contribuyen a un mayor estrés crónico con efectos negativos sobre el bienestar psicológico.²⁰ Este fenómeno es particularmente visible en grandes zonas metropolitanas como la Ciudad de México, donde la combinación de exposición a estresores urbanos puede neutralizar las ventajas del mayor acceso a servicios.²¹

A pesar de la magnitud del problema, el acceso al tratamiento para el malestar psicológico y los trastornos mentales sigue siendo insuficiente, especialmente en países de ingresos bajos y medios. En estos países, sólo 6% de los niños y adolescentes recibe tratamiento, frente a 43% en países de ingresos altos. En adultos, la brecha es igualmente crítica: entre 85 y 94% de quienes padecen depresión o ansiedad carecen de servicios de atención.²² En México, las estimaciones disponibles indican que entre 60 y 85% de las personas que necesitan servicios de salud mental no los reciben.^{23,24}

Las barreras que limitan el acceso al tratamiento son múltiples y se articulan entre sí. Desde la perspectiva de los determinantes sociales, el nivel educativo es un factor particularmente relevante, en este sentido, las personas con menor escolaridad tienen menor capacidad para identificar sus síntomas como un problema de salud tratable, menor conocimiento de los servicios disponibles y mayor exposición al estigma asociado a la búsqueda de atención.⁸ A estos factores se suman la ubicación geográfica, las desventajas socioeconómicas y la falta de recursos destinados a la salud mental. Con respecto a este último punto cabe mencionar que el gasto en salud mental en México se ubica por debajo de 5% del presupuesto total en salud recomendado por la OMS;²⁵ además, existe estigma y discriminación asociados a los problemas emocionales y mentales, aunado a la formación inadecuada del personal sanitario de primer nivel para identificar y atender el malestar psicológico.^{26,27}

Ante este panorama, el objetivo de este estudio es analizar la prevalencia y severidad del malestar psicológico, así como el acceso a tratamiento en adolescentes y adultos de México, mediante una comparación entre los entornos rural y urbano. Específicamente, se busca: a) estimar la prevalencia y severidad del malestar psicológico en adolescentes y adultos, diferenciando los resultados por entorno geográfico; b) identificar la proporción de individuos con malestar psicológico que acceden a servicios de tratamiento profesional, y c) comparar las modalidades de atención reportadas en ambos contextos territoriales.

Material y métodos

Los datos analizados provienen de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025 (Encodat 2025), con levantamiento entre julio y octubre de 2025. Los detalles metodológicos pueden consultarse en una publicación previa.¹⁷ Se trata de una encuesta de hogares con diseño probabilístico, estratificado y multietápico que permitió garantizar representatividad a nivel nacional, regional y por entorno urbano/rural. En cada vivienda se seleccionó, aleatoriamente, un adulto (18 a 65 años) y, cuando la composición del hogar lo permitió, un adolescente (12 a 17 años). La muestra final quedó conformada por 15 353 adultos (12 394 de entornos urbanos y 2 959 rurales, representando a 79.3 millones de personas) y 3 847 adolescentes (2 896 de contextos urbanos y 951 de rurales, que representan a 13.2 millones de personas).

El protocolo y los instrumentos de la Encodat 2025 (CI: 1967) fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (CONBIOETICA-17-CEI-004-20160708).

Variables de estudio

Variables sociodemográficas: sexo, estado civil (soltero o no), escolaridad máxima (dos categorías: secundaria o menor y bachillerato o mayor), ocupación laboral en el mes previo a la encuesta (sí/no) y región de residencia (cuatro regiones: Norte, Occidental y Centro, Ciudad de México [CDMX], Centro Sur y Sur). Las categorías fueron agrupadas con base en una primera exploración de los datos y su cercanía conceptual.

Estratificación rural y urbana: se consideraron como urbanas las localidades con más de 2 499 habitantes y como rurales aquellas con 2 499 habitantes o menos.

Escala de malestar psicológico de Kessler (K10): es un instrumento de autoinforme diseñado para evaluar el

malestar psicológico en población general y clínica, y resulta muy adecuada para identificar las necesidades de tratamiento.² La escala ha sido traducida y validada a diversas culturas, con propiedades psicométricas adecuadas para la población mexicana.³ En su versión estándar, el periodo de referencia es de 30 días, con puntuaciones ≥ 25 asociadas a alta probabilidad de presentar malestar psicológico moderado o grave.^{28,29} El uso de un periodo de 12 meses en la Encodat 2025 obedece a la consistencia con el marco temporal del resto de los módulos de la encuesta.

El instrumento consta de 10 preguntas que evalúan la frecuencia, en los últimos 12 meses, de síntomas de ansiedad y depresión. Cada reactivo ofrece cinco opciones de respuesta, donde 1 significa “nunca” y 5 “todo el tiempo”, con una puntuación total de 10 a 50 puntos.²⁸

Para este estudio se definieron dos niveles:

Sin malestar o leve (10 a 24 puntos): ausencia de malestar significativo, sin necesidad de atención clínica o presencia de síntomas que pueden indicar una reacción transitoria ante estresores, con un riesgo bajo de cumplir criterios para un trastorno mental común. Se recomienda consejería breve, técnicas de autocuidado o monitoreo para prevenir el aumento o la cronificación de los síntomas.

Moderado a grave (25 a 50 puntos): existe una alta probabilidad de que la persona presente un trastorno de ansiedad o depresión. Se requiere atención o intervención profesional.

Tratamiento por problemas de salud mental: incluye preguntas sobre la recepción de tratamiento profesional por problemas de salud mental en los últimos 12 meses. Incluye cuatro modalidades de atención (farmacoterapia; psicoterapia individual; psicoterapia grupal, familiar o de pareja y otro, cada una con opciones de respuesta dicotómica), el perfil de tres tipos de profesionales (dicotómicas) que brindaron el servicio (medicina general –de cabecera o personal de enfermería–; especialista en salud mental –psicólogo, psiquiatra, consejería en salud mental–, y otros) y el número de consultas recibidas.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó considerando el diseño muestral de la encuesta; por ello, para las estimaciones de totales poblacionales (N), porcentajes (%) y pruebas estadísticas se consideraron los ponderadores, estratos y unidades primarias de muestreo.^{30,31} Las estimaciones se presentan con intervalos de confianza

al 95% (IC95%) y sus respectivos coeficientes de variación (CV). En las tablas se incluyen los tamaños de muestra (n), como es recomendado en el reporte de encuestas complejas.³²

La confiabilidad de las estimaciones se determinó de acuerdo con el CV: valores menores a 15% se consideran con confiabilidad alta; entre 15 y 29.9%, media; ≥ 30 , baja.³³ Estas últimas fueron etiquetadas en los cuadros de resultados con la leyenda “debajo de umbral”; cuando la variable completa tenía estimaciones “Debajo de umbral” fue eliminada del cuadro de resultados (por ejemplo, estado civil para la población de 12 a 17).

Se calcularon razones de prevalencias ajustadas por medio de dos modelos lineales generalizados con liga *logit* y familia logarítmica.³⁴ El primer modelo usó como variable dependiente el malestar psicológico, codificado como 0= sin/leve y 1= moderado/grave, todo ello entre la población total (n= 19 174). El segundo modelo usó como variable dependiente el tratamiento (0= no, 1= sí), exclusivamente entre aquellas personas con malestar psicológico moderado/grave (n= 1 644). Ambos modelos fueron ajustados por variables sociodemográficas. En estos modelos se probó la interacción entre tipo de localidad y si eran adolescentes o adultos, pero no fue incluida en los modelos finales debido a que no fueron significativas. El procesamiento de datos se realizó con el módulo *svy* de Stata versión 19.0 (Stata Statistical Software, 2025; StataCorp, College Station, TX.).

Resultados

En el cuadro I se presentan las prevalencias generales de malestar psicológico en el último año, desglosadas por sexo y grupos de adolescentes y adultos, con sus correspondientes tamaños de muestra y totales poblacionales estimados. El 8.1% de la población de 12 a 65 años presentó malestar psicológico moderado/grave, lo que equivale a aproximadamente 7.5 millones de personas. La prevalencia fue significativamente mayor en adolescentes de 12 a 17 años (10%; n= 408; N= 1 319 850) que en adultos de 18 a 65 años (7.8%; n= 1 237; N= 6 193 876), diferencia estadísticamente significativa (F= 9.4, p= 0.002). Por sexo, las mujeres reportaron prevalencias más altas en ambos grupos de edad (10.6% población total; 13.2% adolescentes y 10.2% adultos) en comparación con los hombres (5.4% población total; 6.9% adolescentes y 5.1% adultos). En todos los casos las diferencias observadas resultaron estadísticamente significativas (p < 0.001).

El cuadro II muestra las características sociodemográficas entre las personas sin malestar (o malestar leve) en comparación con las personas con malestar moderado o grave, segmentadas en cuatro estratos poblacionales definidos por edad (adolescentes de 12

a 17 años y adultos de 18 a 65 años) y tipo de localidad (urbana y rural). El panel superior muestra la población adolescente y el inferior la adulta. Entre la población adolescente urbana, se observa que quienes presentan malestar psicológico moderado o grave son mayoritariamente mujeres (65.8%) frente a 47.1% del grupo sin malestar ($F=18.6$, $p<0.001$); en los adolescentes del área rural esta diferencia no alcanza significancia estadística ($p=0.212$), posiblemente debido al tamaño muestral reducido en este estrato.

En cuanto a la población adulta urbana, el malestar moderado o grave se asocia significativamente con ser mujer (68.8 vs 50.9%, $p<0.001$), ser soltero (49.4 vs 35.6%, $p<0.001$), no contar con empleo en el mes previo (35.1% vs 29.9%, $p=0.025$) y el lugar de residencia (p.ej., CDMX 14.1 vs 9.7%). En los adultos de área rural, también es mayor el número de mujeres quienes presentan malestar psicológico grave o moderado (68.2 vs 51.8% sin malestar, $p=0.018$), adicionalmente, el no haber trabajado en el mes previo se asocia de forma estadísticamente significativa con mayor malestar en este grupo (51.2 vs 34%, $p=0.004$). Cabe señalar que, en los adolescentes de área rural, varias estimaciones presentaron coeficientes de variación superiores a 30% y fueron reportadas como “debajo del umbral”, por lo que deben interpretarse con cautela.

El cuadro III muestra los casos totales estimados y la prevalencia de malestar moderado/grave diferenciando adolescentes y adultos, así como las pruebas estadísticas para las diferencias entre áreas rurales y urbanas en diversos grupos sociodemográficos.

En el panel superior, correspondiente a los adolescentes, se observa que la prevalencia es de 10.2% (IC95%: 8.8,11.8) en zonas urbanas y de 9.3% (IC95%: 6.8,12.6) en zonas rurales, diferencia no significativa ($F=0.3$, $p=0.589$). En adultos, la prevalencia es de 7.9% (IC95%: 7.2,8.6) en zonas urbanas y de 7.4% (IC95%: 6.0,9.2) en rurales, igualmente sin diferencia significativa ($F=0.3$, $p=0.594$).

La ausencia de diferencias rural-urbanas se mantiene consistente en la mayoría de los subgrupos analizados por sexo, estado civil, escolaridad y empleo, tanto en adolescentes como en adultos. La única excepción estadísticamente significativa se presenta en adultos de la región Norte, donde la prevalencia en zonas urbanas (8.3%; IC95%: 7.4,9.3) supera a la de zonas rurales (5.9%; IC95%: 4.5,7.7) ($F=5.5$, $p=0.019$).

El cuadro IV describe las características del tratamiento recibido, tipo de intervención, perfil del profesional y número de consultas entre la población de 12 a 65 años con malestar psicológico moderado/grave que accedió a atención profesional en el último

Cuadro I
POBLACIÓN CON Y SIN MALESTAR PSICOLÓGICO EN EL ÚLTIMO AÑO, POR GRUPO DE EDAD.
MÉXICO, ENCODAT 2025 (N= 19 200)

Malestar psicológico											
Sin/leve			Moderado/grave			Total			Prueba		
N	n	%	N	n	%	N	n	%	F	p	
12-65											
Total	85 076 453	17 555	91.9	7 513 726	1 645	8.1	92 590 179	19 200	100.0		
Hombres	42 013 760	8 074	94.6	2 395 225	508	5.4	44 408 986	8 582	100.0	61.4	<0.001
Mujeres	43 062 693	9 481	89.4	5 118 501	1 137	10.6	48 181 194	10 618	100.0		
12-17											
Total	11 885 330	3 439	90.0	1 319 850	408	10.0	13 205 179	3 847	100.0		
Hombres	6 199 880	1 786	93.1	456 659	141	6.9	6 656 539	1 927	100.0	17.7	<0.001
Mujeres	5 685 450	1 653	86.8	863 191	267	13.2	6 548 641	1 920	100.0		
18-65											
Total	73 191 124	14 116	92.2	6 193 876	1 237	7.8	79 385 000	15 353	100.0		
Hombres	35 813 881	6 288	94.9	1 938 566	367	5.1	37 752 447	6 655	100.0	47.3	<0.001
Mujeres	37 377 243	7 828	89.8	4 255 310	870	10.2	41 632 553	8 698	100.0		

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

N: población estimada; n: tamaño muestra; CV: coeficiente de variación.

%, CV y pruebas estadísticas calculados con el diseño complejo de la encuesta.

Todos los CV <15%.

Prueba estadística para la diferencia de prevalencias totales por grupo de edad: $F=9.4$; $p=0.002$

Cuadro II
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN CON Y SIN MALESTAR PSICOLÓGICO
EN EL ÚLTIMO AÑO, ESTRATIFICADO POR TIPO DE LOCALIDAD Y GRUPOS DE EDAD.
POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS. MÉXICO, ENCODAT 2025 (N= 19 200)

	Urbana						Rural					
	Malestar psicológico						Malestar psicológico					
	Sin/leve		Moderado/grave		Prueba		Sin/leve		Moderado/grave		Prueba	
	n	%	n	%	F	p	n	%	n	%	F	p
12-17 años												
Sexo												
Hombres	1 364	52.9	117	34.2	18.6	<0.001	422	49.8	24	36.0*	1.6	0.212
Mujeres	1 215	47.1	200	65.8			438	50.2	67	64.0*		
Escolaridad máxima												
Secundaria o menor	1 839	72.1	211	65.4	3.0	0.085				Debajo de umbral		
Bachillerato o mayor	739	27.9	105	34.6								
Trabajó en el mes previo												
Sí	409	17.8	59	24.6*	3.6	0.057				Debajo de umbral		
No	2 170	82.2	258	75.4								
Región												
Norte	1 263	26.2	134	23.6	2.7	0.052	274	13.0	27	9.6*	0.7	0.456
Occidental y Centro	518	44.0	82	48.7			216	38.3	24	45.7*		
CDMX	348	7.2	61	10.7*						No estimable		
Centro Sur y Sur	450	22.6	40	16.9*			364	48.4	39	44.5*		
18-65 años												
Sexo												
Hombres	5 152	49.1	302	31.2	42.7	<0.001	1 136	48.2	65	31.8*	5.7	0.018
Mujeres	6 244	50.9	696	68.8			1 584	51.8	174	68.2		
Estado civil soltero												
Sí	3 836	35.6	422	49.4	34.3	<0.001	679	28.8	59	28.7*	0.0	0.981
No	7 560	64.4	576	50.6			2 041	71.2	180	71.3		
Escolaridad máxima												
Secundaria o menor	5 028	41.5	475	45.9	3.5	0.062	1 914	67.1	170	67.2	0.0	0.979
Bachillerato o mayor	6 351	58.5	523	54.1			799	32.9	69	32.8*		
Trabajó en el mes previo												
Sí	7 966	70.1	643	64.9	5.1	0.025	1 680	66.0	119	48.8	8.7	0.004
No	3 430	29.9	355	35.1			1 040	34.0	120	51.2		
Región												
Norte	5 349	25.7	455	27.1	4.6	0.007	949	13.7	68	10.8*	2.8	0.080
Occidental y Centro	2 335	43.1	166	39.2			666	39.6	53	39.7*		
CDMX	1 890	9.7	208	14.1						No estimable		
Centro Sur y Sur	1 822	21.4	169	19.6			1 092	46.5	114	48.1		

* CV 15-29.9% (estimación con confiabilidad media).

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

No estimable: Los datos de Cd. de México (CDMX) área rural no se reportaron debido a que se entrevistó en una sola unidad primaria de muestreo.

La región norte incluye las regiones Península Norte, Noroccidental, Norcentral y Nororiental.

Pruebas estadísticas para la comparación de malestar psicológico al interior de cada estrato de localidad y grupos de edad.

n: tamaño muestra; CV: coeficiente de variación.

%, CV y pruebas estadísticas calculados con el diseño complejo de la encuesta.

Debajo de umbral CV $\geq 30\%$.

Cuadro III
CASOS ESTIMADOS Y PREVALENCIA DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN EL ÚLTIMO AÑO SEGÚN
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, POR TIPO DE LOCALIDAD Y GRUPOS DE EDAD.
POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS. MÉXICO, ENCODAT 2025 (N= 19 200)

	Malestar psicológico									
	Moderado/grave									
	Urbana				Rural				Prueba	
	N	Casos	Prev.	IC95%	N	Casos	Prev.	IC95%	F	p
12-17 años										
Total	1 023 720	317	10.2	8.8,11.8	296 130	91	9.3*	6.8,12.6	0.3	0.589
Sexo										
Hombres	349 908	117	6.8	5.3,8.8	106 751	24	6.9*	4.1,11.5	0.0	0.976
Mujeres	673 812	200	13.7	11.3,16.5	189 379	67	11.6*	7.1,18.3	0.4	0.507
Estado civil soltero										
Sí	1 020 789	314	10.3	8.9,11.9	287 237	87	9.2*	6.6,12.6	0.4	0.519
No	Debajo de umbral				Debajo de umbral					
Escolaridad máxima										
Secundaria o menor	668 143	211	9.3	7.8,11.2	211 230	68	8.9*	5.8,13.5	0.0	0.847
Bachillerato o mayor	352 992	105	12.3	9.6,15.7	Debajo de umbral					
Trabajó en el mes previo										
Sí	251 594	59	13.5*	9.8,18.4	Debajo de umbral					
No	772 126	258	9.5	8.0,11.2	Debajo de umbral					
Región										
Norte	241 618	134	9.3	7.7,11.3	28 494	27	7.1*	4.6,10.7	1.4	0.242
Occidental y Centro	498 852	82	11.2	8.6,14.4	135 286	24	10.9*	6.1,18.7	0.0	0.931
CDMX	109 732	61	14.4	11.0,18.7	No estimable					
Centro Sur y Sur	173 518	40	7.9*	5.7,10.8	131 698	39	8.6*	6.2,11.9	0.2	0.697
18-65 años										
Total	5 080 181	998	7.9	7.2,8.6	1 113 696	239	7.4	6.0,9.2	0.3	0.594
Sexo										
Hombres	1 584 600	302	5.2	4.3,6.2	353 966	65	5.0*	3.3,7.5	0.0	0.894
Mujeres	3 495 580	696	10.4	9.3,11.6	759 729	174	9.5	7.2,12.6	0.3	0.578
Estado civil soltero										
Sí	2 511 134	422	10.6	9.3,12.1	319 113	59	7.4*	4.9,11.0	2.9	0.089
No	2 569 046	576	6.3	5.6,7.1	794 583	180	7.4	5.6,9.7	1.1	0.284
Escolaridad máxima										
Secundaria o menor	2 332 433	475	8.7	7.7,9.8	748 608	170	7.4	6.0,9.2	1.5	0.225
Bachillerato o mayor	2 747 748	523	7.4	6.5,8.3	365 088	69	7.4*	4.8,11.2	0.0	0.984
Trabajó en el mes previo										
Sí	3 296 061	643	7.4	6.5,8.3	543 168	119	5.6*	4.1,7.5	2.8	0.095
No	1 784 120	355	9.1	8.0,10.5	570 528	120	10.8*	7.9,14.5	0.9	0.334
Región										
Norte	1 378 674	455	8.3	7.4,9.3	119 773	68	5.9	4.5,7.7	5.5	0.019
Occidental y Centro	1 989 746	166	7.2	5.9,8.7	442 623	53	7.4*	4.8,11.3	0.0	0.905
CDMX	717 460	208	11.1	9.6,12.8	No estimable					
Centro Sur y Sur	994 301	169	7.3	6.1,8.6	535 188	114	7.6	5.8,10.0	0.1	0.745

* CV 15-29.9% (estimación con confiabilidad media); debajo de umbral CV $\geq 30\%$; Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco; No estimable: los datos de Cd. de México (CDMX) área rural no se reportaron debido a que se entrevistó en una sola unidad primaria de muestreo; la región norte incluye las regiones Península Norte, Noroccidental, Norcentral y Nororiental; pruebas estadísticas para la comparación de malestar psicológico entre áreas rurales y urbanas al interior de cada grupo poblacional; N: casos totales estimados de malestar psicológico en la población; n: casos de malestar psicológico en la muestra; Prev: prevalencia; IC: intervalo de confianza al 95%; CV: coeficiente de variación; N: prevalencia; IC: CV y pruebas estadísticas calculados con el diseño complejo de la encuesta.

año ($n=360$; 302 urbanos y 58 rurales). A pesar de estas diferencias en el número de personas en la muestra que recibieron algún tratamiento, no se encontró evidencia estadísticamente significativa de una menor prevalencia de tratamiento en el área rural frente a la urbana. En relación con el tipo de profesional, se observan diferencias estadísticamente significativas, 93.4% (IC95%: 89.4,95.9) de quienes recibieron atención en zonas urbanas fue atendido por un especialista en salud mental (psiquiatra, psicólogo o consejero), frente a 62.9% (IC95%: 37.5,82.7) en zonas rurales ($F=16.3$, $p<0.001$). Respecto a la continuidad del tratamiento, 70.8% (IC95%: 62.3,78.0) de los usuarios urbanos asistió a cuatro o más consultas, frente a 54.6% (IC95%: 32.0,75.5) en zonas rurales ($p=0.171$); aunque esta diferencia no es estadísticamente

significativa, sugiere una tendencia hacia menor continuidad terapéutica en el entorno rural, que podría estar relacionada con las barreras geográficas de acceso y la menor disponibilidad de especialistas.

El cuadro V presenta los resultados de dos modelos de regresión múltiple: el primero analiza los factores asociados al malestar moderado/grave en la población total ($n=19\,174$); el segundo analiza los factores asociados al acceso a tratamiento, exclusivamente entre quienes reportaron malestar moderado/grave ($n=1\,644$). Además, se reportan, como referencia, los correspondientes modelos bivariados para esos factores.

En modelo de malestar, tras ajustar por las demás variables, se identifican tres factores asociados en los modelos múltiples: a) ser mujer (RPa= 1.97; IC95%:

Cuadro IV
CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO, POR TIPO DE LOCALIDAD. POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS
CON MALESTAR PSICOLÓGICO QUE ASISTIÓ A TRATAMIENTO PROFESIONAL PARA SALUD MENTAL
EN EL ÚLTIMO AÑO. MÉXICO, ENCODAT 2025 (N= 360)

	Urbana (n= 302)		Rural (n= 58)		Prueba	
	%	IC95%	%	IC95%	F	p
Tipo de tratamiento						
Medicamento recetado						
Sí	53.5	44.5,62.2	51.3*	29.6,72.5	0.0	0.861
Psicoterapia o tratamiento psicológico individual						
Sí	79.5	69.7,86.7	Debajo de umbral			
Terapia de grupo, pareja o familiar						
Sí	19.2*	12.4,28.4	Debajo de umbral			
Otro tipo de tratamiento						
Sí	Debajo de umbral		Debajo de umbral			
Tipo de profesional						
Medicina general						
Sí	31.8	24.6,40.0	45.2*	24.7,67.5	1.3	0.254
Especialista en salud mental						
Sí	93.4	89.4,95.9	62.9*	37.5,82.7	16.3	<0.001
Otro tipo de profesional						
Sí	6.7*	4.1,10.8	Debajo de umbral			
Consultas						
Número de consultas						
1-3	29.2	22.0,37.7	45.4*	24.5,68.0	1.9	0.171
4 o más	70.8	62.3,78.0	54.6*	32.0,75.5		

* CV 15-29.9% (estimación con confiabilidad media).

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

Los tipos de tratamiento y de profesionales no son mutuamente excluyentes, por lo que una persona pudo responder afirmativamente a más de uno.

Medicina general incluye médicos generales o de cabecera, así como enfermera o asistente médico.

Especialista en salud mental incluye psiquiatra, psicólogo y consejero de salud mental.

n: tamaño muestra; CV: coeficiente de variación.

%, CV y valor p calculados con el diseño complejo de la encuesta.

Debajo de umbral CV $\geq 30\%$.

Cuadro V
MODELOS CRUDOS Y AJUSTADOS DE MALESTAR PSICOLÓGICO Y TRATAMIENTO. MÉXICO, 2025

	Modelo de malestar (n= 19 174)				Modelo de tratamiento (n= 1 644)			
	Crudo		Ajustado		Crudo		Ajustado	
	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%
Tipo de localidad								
Urbana	1.00		1.00		1.00		1.00	
Rural	0.94	0.79,1.13	0.97	0.81,1.16	0.77	0.51,1.14	0.99	0.65,1.52
Edad (años)								
12-17	1.00		1.00		1.00		1.00	
18-65	0.78	0.67,0.91	0.78	0.65,0.93	1.30	0.93,1.83	1.14	0.78,1.66
Sexo								
Hombres	1.00		1.00		1.00		1.00	
Mujeres	1.97	1.65,2.34	1.97	1.64,2.36	1.27	0.93,1.75	1.29	0.95,1.74
Escolaridad máxima								
Secundaria o menor	1.00		1.00		1.00		1.00	
Bachillerato o mayor	0.91	0.79,1.04	0.92	0.80,1.07	2.22	1.67,2.96	2.15	1.61,2.88
Trabajó en el mes previo								
No	1.00		1.00		1.00		1.00	
Sí	0.76	0.66,0.89	0.98	0.82,1.18	1.10	0.83,1.46	1.04	0.79,1.37
Región								
Norte	1.00		1.00		1.00		1.00	
Occidental y Centro	0.96	0.80,1.14	0.95	0.80,1.13	0.94	0.66,1.33	1.01	0.71,1.45
CDMX	1.42	1.20,1.67	1.42	1.21,1.68	1.47	1.10,1.95	1.31	0.98,1.74
Centro Sur y Sur	0.92	0.78,1.08	0.90	0.77,1.06	0.76	0.56,1.03	0.78	0.56,1.10

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

RP: razón de prevalencias; IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Estimaciones realizadas con el diseño complejo de la encuesta.

1.64,2.36), es decir, las mujeres presentan una prevalencia de malestar casi el doble que los hombres; b) ser adolescente de 12 a 17 años (RPa adultos= 0.78; IC95%: 0.65,0.93), lo que indica que los adultos tienen una prevalencia 22% menor que los adolescentes, y c) residir en la CDMX frente a la región Norte (RPa= 1.42; IC95%: 1.21,1.68), con una prevalencia 42% mayor en la capital. Cabe señalar que no se identificaron diferencias significativas en la prevalencia entre las áreas urbana y rural.

Por su parte, el modelo de tratamiento indica que la mayor escolaridad es el único factor asociado a una mayor prevalencia de atención, una vez realizado el ajuste por el resto de las variables sociodemográficas. De este modo, contar con bachillerato o más multiplica 2.15 veces la probabilidad de acceder a tratamiento profesional (RPa= 2.15; IC95%: 1.61,2.88).

Discusión

Los resultados confirman que los adolescentes presentan la prevalencia más alta de malestar psicológico moderado/grave (10%), lo que concuerda con la evidencia internacional que muestra, de manera consistente, que los grupos más jóvenes puntúan más alto en instrumentos de malestar psicológico como el K10.¹¹ En términos absolutos, se estima que 1.3 millones de adolescentes mexicanos experimentaron malestar moderado o grave durante el año previo a la encuesta. La menor prevalencia observada en adultos sugiere que, si bien la pandemia afectó a toda la población, el impacto en los jóvenes fue aún mayor, tal como subraya la Comisión Lancet¹² y con el análisis de tendencias en más de 34 países que muestra que el malestar emocional disminuye de forma lineal con la edad, sin excepción geográfica.³⁵

Del mismo modo, se encontró que las mujeres reportan una prevalencia superior a la de los hombres independientemente del entorno o grupo etario, hallazgo consistente con la literatura nacional e internacional.⁷ En los adolescentes urbanos, la brecha de sexo es particularmente pronunciada (65.8 vs 47.1% con malestar moderado/grave, $p < 0.001$), mientras que en los adolescentes rurales esta diferencia no alcanza significancia estadística, posiblemente debido al tamaño muestral reducido en ese estrato y no necesariamente a una ausencia real del fenómeno.

Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de malestar psicológico entre entornos rurales y urbanos, ni en adolescentes ni en adultos. Este hallazgo, puede explicarse por la confluencia de dos fenómenos que operan en sentidos opuestos: mientras que las zonas rurales concentran mayores niveles de pobreza y menor acceso a servicios, las zonas urbanas exponen a sus habitantes a estresores crónicos como tráfico, contaminación, violencia y hacinamiento que tienen efectos negativos sobre el bienestar psicológico documentados en México y en otros países.^{15,20} La única excepción estadísticamente significativa se presentó en la región Norte, donde los adultos urbanos mostraron mayor prevalencia que los rurales (8.3 vs 5.9%, $p = 0.019$), lo que podría reflejar las características específicas de las ciudades fronterizas del norte del país.

Un resultado interesante a partir del análisis al interior de los estratos es que, en adultos rurales, el no haber trabajado en el mes previo a la encuesta se asocia con mayor malestar psicológico de forma estadísticamente significativa (51.2 vs 34.0%, $p = 0.004$), mientras que en adultos urbanos esta asociación es más débil ($p = 0.025$) y desaparece al ajustar en el modelo de regresión. Esto sugiere que la inseguridad laboral tiene un peso diferencial sobre el malestar psicológico en contextos rurales. Este resultado es coherente con la evidencia sobre los determinantes sociales de la salud mental, que señala que las condiciones laborales precarias amplifican el riesgo de malestar psicológico en poblaciones ya vulnerables,⁸ y apunta a la necesidad de incorporar la dimensión laboral en las estrategias de salud mental rural en México.

El hallazgo del modelo de regresión donde los habitantes de la CDMX presentan una prevalencia 42% mayor que los de la región Norte (RPa= 1.42; IC95%: 1.21,1.68) es evidencia de que el estrés crónico propio de las megaurbes puede operar como factor de riesgo independientemente del mayor acceso a servicios que éstas ofrecen. Este fenómeno ha sido documentado en México y en otros países para condiciones como malestar psicológico, esquizofrenia y conductas suicidas,^{15,21} y es

coherente con estudios específicos sobre el efecto de los estresores urbanos en la CDMX.^{20,21}

Los resultados de este estudio muestran que la brecha de tratamiento sigue siendo importante: sólo 23.8% de las personas con malestar moderado/grave en zonas urbanas y 18.2% en zonas rurales accedieron a atención profesional. Esto implica que más de tres de cada cuatro personas con malestar psicológico significativo no reciben ningún tipo de tratamiento, cifra que se ubica dentro del rango documentado para México (entre 60 y 85% de quienes necesitan servicios no los reciben),^{24,26} y es consistente con las brechas reportadas para países de ingresos bajos y medios a nivel global.²² La diferencia porcentual entre entornos (23.8 vs 18.2%) no alcanzó significancia estadística, probablemente por el tamaño reducido de la submuestra rural con malestar, y no debe interpretarse como ausencia del fenómeno.

A pesar de no encontrarse diferencias estadísticas en el acceso general al tratamiento entre entornos, sí se observaron disparidades significativas respecto al perfil del prestador del servicio. Mientras que en las áreas urbanas 93.4% recibió atención de un especialista en salud mental, en las rurales esto ocurrió sólo en 62.9% de los casos. Aunado a esto, 70.8% de los usuarios urbanos asistió a cuatro o más consultas, en contraste con 54.6% de los rurales, lo que sugiere que el entorno rural presenta mayores barreras para la continuidad del tratamiento.

La escolaridad es el único predictor significativo del acceso a tratamiento en el modelo ajustado: contar con bachillerato o más multiplica 2.15 veces la probabilidad de acceder a atención profesional, lo que sugiere que un menor nivel educativo se traduce en menores oportunidades para recibir tratamiento especializado. Desde el marco de los determinantes sociales, el nivel educativo actúa como un recurso que facilita la identificación del malestar psicológico como un problema de salud tratable, el conocimiento de los servicios disponibles y la capacidad de navegar el sistema de atención.⁸ Las personas con menor escolaridad pueden estar más expuestas al estigma asociado a la búsqueda de atención en salud mental, tener menor acceso a información sobre los servicios existentes y menor capacidad de abogar por su propia atención dentro de un sistema de salud complejo.

Estos hallazgos contribuyen al conocimiento sobre el malestar psicológico en México al ofrecer, por primera vez, estimaciones nacionales representativas con el K10 en adolescentes y adultos de entornos rurales y urbanos, estableciendo una línea de base para la vigilancia epidemiológica de este constructo y para el diseño de políticas de salud mental más equitativas.

Sin embargo, deben considerarse algunas limitaciones. El diseño transversal no permite establecer

relaciones causales. El periodo de referencia de 12 meses utilizado en la Encodat 2025 difiere del estándar de 30 días del K10, lo que puede subestimar la severidad puntual del malestar y limita la comparabilidad con estudios internacionales. El tamaño muestral reducido en la submuestra rural, particularmente entre adolescentes, generó estimaciones con confiabilidad media o insuficiente en varios subgrupos, lo que limita la potencia estadística para detectar diferencias en ese estrato. El punto de corte del K10 usado en este trabajo y en el reporte oficial de la Encodat^{3,25} es compatible con el usado en otras encuestas internacionales; sin embargo, es un poco mayor al sugerido en algunos estudios para población mexicana,^{3,21} lo que tendría el efecto de aumentar la especificidad de la medición favoreciendo la identificación de verdaderos negativos de malestar psicológico, y subestimando las asociaciones reportadas, si la mala clasificación es no diferencial, en el cuadro V.

Finalmente, la baja tasa de acceso a tratamiento redujo el tamaño efectivo del segundo modelo de regresión, lo que puede haber limitado la identificación de otros predictores del acceso. Investigaciones futuras deberían incorporar diseños longitudinales, muestras más amplias en zonas rurales y enfoques de interseccionalidad que permitan analizar la interacción entre escolaridad, sexo, edad y entorno geográfico como determinantes del malestar y del acceso a la atención.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prevost D. Epidemiology of psychological distress. En: L'Abate L. Mental illnesses-understanding, prediction and control. Rijeka: InTech; 2012:105-34. <https://doi.org/10.5772/30872>
2. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002;32(6):959-76. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006074>
3. Vargas-Terrez BE, Villamil-Salcedo V, Rodríguez-Estrada C, Pérez-Romero J, Cortés-Sotres J. Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas. Salud Mental*. 2011;34(4):323-31 [citado abril 20, 2026]. Disponible en: <https://scielo.org.mx/pdf/sm/v34n4/v34n4a5.pdf>
4. Askari MS, Belsky DW, Olsson M, Breslau J, Mojtabai R, Kajeepeta S, et al. An integrative literature review of birth cohort and time period trends in adolescent depression in the United States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2024;59(6):899-15. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02527-8>
5. Collishaw S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):370-93. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12372>
6. Newlove-Delgado T, Marcheselli F, Williams T, Mandalia D, Davis J, McManus S, et al. Mental health of children and young people in England, 2022-wave 3 follow up to the 2017 survey. Inglaterra: NHS Digital; 2022.
7. Vázquez-Salas A, Hubert C, Portillo-Romero A, Valdez-Santiago R, Barrientos-Gutiérrez T, Villalobos A. Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;65(supl 1):s117-25. <https://doi.org/10.21149/14827>
8. World Health Organization, Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Ginebra:WHO; 2014 [citado abril 20, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241506809>
9. Drapeau A, Beaulieu-Prevost D, Marchand A, Boyer R, Preville M, Kairouz S. A life-course and time perspective on the construct validity of psychological distress in women and men. Measurement invariance of the K6 across gender. *BMC Med Res Methodol*. 2010;10:68. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-68>
10. Benjet C, Borges G, Blanco J, Rojas E, Fleiz C, Méndez E, et al. La encuesta de salud mental en adolescentes de México. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, ed. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
11. Lehmann J, Pilz MJ, Holzner B, Kemmler G, Giesinger JM. General population normative data from seven European countries for the K10 and K6 scales for psychological distress. *Sci Rep*. 2023;13:18389. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-45124-0>
12. Baird S, Choonara S, Azzopardi PS, Banati P, Bessant J, Biermann O, et al. A call to action: the second Lancet Commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2025;405(10493):1945-2022. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00503-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00503-3)
13. González-Forteza C, Arana-Quezadas DS, Jiménez-Tapia JA. Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Salud Mental*. 2008;31(1):23-7.
14. Jiménez-Tapia A, Wagner F, Rivera-Heredia ME, González-Forteza C. Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*. 2015;38(2):103-07. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.014>
15. Gruebner O, Rapp MA, Adli M, Kluge U, Galea S, Heinz A. Cities and Mental Health. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(8):121-7. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>
16. Prina AM, Ferri CP, Guerra M, Brayne C, Prince M. Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: cross-cultural study. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):485-91. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083915>
17. Sharifi V, Amin-Esmaili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Arch Iran Med*. 2015;18(2):76-84.
18. Jacobi F, Hoyer M, Siebert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014;23(3):304-19. <https://doi.org/10.1002/mpr.1439>
19. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2024. Ciudad de México: Coneval; 2025.
20. McGuinn LA, Rosa MJ, Osorio-Valencia E, Gutiérrez-Avila I, Martínez-Medina S, Harari H, et al. Urban stress and its association with symptoms of depression, fatigue, and sleep disruption in women in Mexico City. *Cities Health*. 2023;7(5):830-8. <https://doi.org/10.1080/23748834.2023.218159>
21. Familiar I, Orozco R, Borges G, Ruiseñor H. Salud Mental. Los riesgos para la salud en la vida de una megaciudad: Memoria II. Seminario sobre Medicina y Salud. México: UNAM, Facultad de Medicina; 2012.
22. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. World Health Organization;

- 2024 [citado febrero 26, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>
23. Saavedra-Solano N, Berenzon-Gorn S, Galván-Reyes J. Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Aten Primaria*. 2016;48(4):258-64. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.005>
24. Suárez K, Kazdin AE. Salud mental infantil y la brecha de tratamiento en México. *Psic y Sal*. 2023;33(1):5-18. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2768>
25. Méndez-Méndez JS. Salud mental: presupuesto y política nacional. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2024 [citado abril 20, 2026]. Disponible en: <https://ciep.mx/salud-mental-presupuesto-y-politica-nacional/>
26. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex* 2013;55:74-80. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342013000100011>
27. Díaz-Castro L, Pineda-Antunez C, de León-Castañeda CD, Cabello-Rangel H, Barrón-Cantú JA, Suarez-Herrera JC. Challenges in accessibility of public specialized mental health services for children and adolescents in Mexico. *Psychiatry Int*. 2025;6(2):72 [citado abril 20, 2026]. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6020072>
28. Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Aust N Z J Public Health*. 2001;25(6):494-7. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2001.tb00310.x>
29. Victorian Government Department of Human Services. Victorian Population Health Survey 2001. Selected Findings Melbourne Victoria, 2002 [citado abril 18, 2026]. Disponible en: <https://www.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/research-and-reports/v/vic-population-health-survey-2001.pdf>
30. West BT. Statistical and methodological issues in the analysis of complex sample survey data: practical guidance for trauma researchers. *J Trauma Stress*. 2008;21(5):440-7. <https://doi.org/10.1002/jts.20356>
31. West BT, Sakshaug JW, Aurelien GAS. Accounting for complex sampling in survey estimation: a review of current software tools. *J Off Stat*. 2018;34(3):721-52. <https://doi.org/10.2478/jos-2018-0034>
32. Seidenberg AB, Moser RP, West BT. Preferred Reporting Items for Complex Sample Survey Analysis (PRICSSA). *J Surv Stat Methodol*. 2023;11(4):743-57. <https://doi.org/10.1093/jssam/smac040>
33. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Guía de Diseño de la Muestra para Encuestas. Fase de diseño de la norma técnica del proceso de producción de información estadística y geográfica. México: Inegi, 2024 [citado febrero 6, 2026]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/infraestructura/aseguramiento/doc/guia_de_diseno_de_la_muestra_para_encuestas.pdf
34. Cummings P. Methods for estimating adjusted risk ratios. *Stata*. 2009;9(2):175-96. <https://doi.org/10.1177/1536867x0900900201>
35. Blanchflower D, Bryson A, Xu X. The declining mental health of the young and the global disappearance of the hump shape in age in unhappiness. NBER Working Paper. 32337. 2024. <https://doi.org/10.3386/w32337>